BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS.

0 1 2 3 4 5 (cm)

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES
RUE DE VAUGIRARD, 36.

BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

PENDANT LES ANNÉES 1848, 1849, 1850.

TOME PREMIER.



PARIS
LIBRAIRIE DE VICTOR MASSON
PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1851

TABLE

ALPHABÉTIQUE ET ANALYTIQUE

DES MATIÈRES.

A

K

L

R

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ

DE

CHIRURGIE DE PARIS

SÉANTE A L'HOTEL-DE-VILLE.



Séance du 5 janvier 1848.

Présidence de M. Chassaignac.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. Guersant fait savoir que l'enfant opéré de désarticulation de la cuisse est en ce moment au cinquième jour, et se trouve assez bien. Les points de suture ont été enlevés; la plaie paraît réunie dans une grande partie de son étendue.

— M. Michon fait voir les deux reins d'une malade qui a succombé à une affection calculeuse. C'était une femme de quarante ans; elle offrait depuis plusieurs mois les symptômes rationnels d'un calcul vésical. En explorant avec un brise-pierre pour apprécier le volume du calcul, M. Michon se laissa aller à la briser en un certain nombre de fragments. La malade, épuisée depuis longtemps par des symptômes généraux graves, s'affaiblit peu à peu et succomba. Le rein droit est très volumineux et renferme plusieurs excavations dans chacune desquelles est contenu un calcul dont les cannelures sont moulées sur les saillies de la substance mamelonnée. Un autre calcul était arrêté dans l'uretère correspondant. Le rein gauche présente à sa surface un grand nombre de petits abcès circonscrits. M. Michon pense que ces abcès

sont métastatiques, et que la malade est morte d'une infection purulente. La vessie était racornie, et avait ses parois épaisses, comme on l'observe habituellement à la suite des cystites calculeuses.

M. Lenoir demande si les poumons et le foie ont été examinés; car il serait difficile de croire au caractère métastatique d'abcès qui existeraient dans les reins sans que les organes précédents en renferment en même temps. On ne voit pas ces sortes d'abcès dans un seul organe à la fois.

M. Chassaignac rappelle qu'il a publié dans sa thèse de concours des observations de Morgagni dans lesquelles des abcès métastatiques occupaient le foie tout seul, sans que les poumons en présentassent.

M. Lenoir répond que les anciens observateurs qui ont publié ces faits ne connaissaient pas les abcès métastatiques du poumon, et ne les cherchaient pas assez pour bien constater leur présence.

M. Huguier est d'avis que la résorption purulente guérit quelquefois, et que particulièrement cette terminaison heureuse a lieu dans les cas où il ne se forme pas d'abcès métastatiques dans les poumons. Il serait donc inexact d'admettre, avec M. Lenoir, que le poumon est constamment le siége de cette lésion dans la maladie dont il s'agit.

M. Nélaton a fait l'autopsie d'amputés qui avaient des abcès métastatiques dans le foie exclusivement.

M. Vidal croit que les anciens connaissaient la possibilité des abcès des poumons après les grandes opérations, et que même ils examinaient cet organe avec attention; car dans une rédaction manuscrite d'un cours de J.-L. Petit, il a lu certaines observations dans lesquelles on parle d'abcès des poumons, et d'autres dans lesquelles il s'agit d'abcès au foie. Quant à ce qu'a dit M. Huguier des sujets qui guérissent d'infection purulente, il y a toujours à se demander s'ils ont eu réellement cette maladie, et surtout les abcès pulmonaires. Ce doute, au contraire, n'a point existé dans

le fait que M. Vidal a communiqué autrefois à la Société. Un individu est pris de phlébite à la suite d'une saignée; il a des abcès dans l'épaule et la hanche; il rend du pus dans les crachats, en même temps qu'un autre abcès perfore le sternum et s'ouvre à l'extérieur. Chez ce sujet, il y a bien une infection purulente, abcès pulmonaire et guérison.

M. Huguier désire qu'on ne lui prête pas une opinion trop absolue ; il reconnaît que la guérison de l'infection purulente n'est pas commune, mais enfin elle est arrivée quelquefois, et dans des cas bien nets pour lesquels il n'y avait aucun doute. Seulement, comme dans toutes les autopsies M. Huguier a trouvé des abcès métastatiques des poumons, il croit que, dans les cas de guérison, ces abcès ne s'étaient pas fermés.

M. Vidal craint qu'il n'y ait là une équivoque; pour lui, il y a infection purulente réelle si l'on peut constater et la phlébite et les abcès multiples, comme dans le fait cité tout à l'heure ; dans les cas de guérison dont parle M. Huguier, on n'a vu que des abcès multiples, on n'a pas vu la phlébite : on ne peut donc pas dire autre chose, si ce n'est qu'on a vu guérir des abcès multiples.

M. Huguier répond que la phlébite n'est pas absolument indispensable pour la production de l'infection purulente, et que, dans les cas dont il a parlé, les symptômes généraux avaient servi pour établir le diagnostic.

M. Vidal établit que les abcès multiples se rapportent à deux catégories : dans l'une, il y a abcès et symptômes généraux ; dans l'autre, abcès, symptômes généraux, plus phlébite constatée. Il insiste donc sur ce que les faits dont a parlé M. Huguier se rapportent à la première catégorie, et le sien à la seconde.

M. Nélaton fait observer que rien dans les symptômes n'a pu faire soupçonner cette altération des reins trouvée à l'autopsie. Il a, de son côté, cherché souvent si une douleur lombaire ou quelque autre signe pouvait faire connaître

pendant la vie ces désorganisations, et il n'est arrivé jusqu'ici à aucun résultat.

M. Loir, en examinant les calculs des reins, les croit formés d'oxalate de chaux au centre, et d'autres substances à l'extérieur, d'acide urique, de phosphate ammoniaco-magnésien, phosphate de chaux, etc., substances qui sont venues se déposer consécutivement. Cette dictinction a de l'importance pour le traitement par les dissolvants ; aussi il engage M. Michon à vouloir bien soumettre ces calculs à l'analyse chimique.

M. Morel-Lavallée ne croit pas que l'inspection et les caractères physiques suffisent pour distinguer les substances qui entrent dans la composition des calculs. M. Loir a parlé d'acide urique et d'oxalate de chaux; mais il est bien plus ordinaire que, par suite de l'irritation de la vessie, des phosphates bibasiques et tribasiques se déposent à la surface des calculs.

M. Nélaton rappelle que tout le monde n'est pas d'accord sur la thérapeutique de la gravelle par les acides et les alcalis. M. Petit, par exemple, a montré que les eaux alcalines avaient pour effet d'agir sur le mucus unissant les molécules de la pierre et de désagréger celle-ci. Peu importe, dès lors, la substance chimique qui compose le calcul. M. Soubeiran, d'ailleurs, a confirmé de tous points les assertions de M. Petit sur ce sujet.

M. Chassaignac, revenant sur les abcès des poumons, trouve aussi qu'il ne faudrait pas regarder les auteurs qui nous ont précédés comme dénués de connaissances sur ce sujet, car on trouve primitivement des faits où il y avait abcès dans les poumons en même temps que dans le foie. D'ailleurs, les malades sont quelquefois pris, après le cathétérisme, d'accidents graves, et, dans un cas de cette espèce qui s'est terminé par la mort, M. Chassaignac a trouvé des abcès métastatiques dans les reins.

M. Lenoir trouve que toute cette discussion est vague,

parce qu'on se sert indifféremment et à tort des mots abcès multiples et abcès métastatiques. Pour lui, il voit, sur les pièces présentées par M. Michon, ce que l'on a lieu de constater souvent après les maladies des voies urinaires, des abcès multiples et non pas des abcès suite d'infection purulente.

M. Huguier ne doute pas de la nature métastatique des abcès du rein gauche, et pense qu'il n'y a là aucun vague, car l'absence de traces inflammatoires et l'existence d'un tissu sain autour de la petite collection purulente sont pathognomoniques de cette lésion.

M. Gosselin s'élève fortement contre ce que vient d'avancer M. Huguier, et appuie l'assertion de M. Lenoir. Il est des organes dans lesquels, sous l'influence d'inflammations longues ou souvent répétées, des abcès multiples ont de la tendance à se former; le rein est au premier rang parmi ces organes, et les petits abcès ainsi nés ne laissent voir souvent aucune trace d'inflammation autour d'eux. Pour prononcer qu'un abcès est métastatique, il faut pouvoir rapprocher de l'inspection anatomique les symptômes généraux et le pus dans les veines; c'est ce qui n'a pas été fait dans le cas de M. Michon. Or, en considérant que les abcès multiples de la même apparence sont très communs chez les individus qui n'ont point eu les symptômes de l'infection purulente, et que, pour celle-ci, les abcès métastatiques sont très rares dans les reins, M. Gosselin n'hésite pas à prononcer que cette expression ne doit pas être appliquée aux petites collections des reins. C'est abcès multiples, et non abcès métastatiques, qu'il fallait dire pour éviter la confusion.

— M. Marjolin présente, au nom de M. Luer, un instrument destiné à réduire les luxations des phalanges des doigts et des orteils.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Séance du 12 janvier 1848.

Présidence de M. Robert.

A l'occasion du procès-verbal, M. Vidal (de Cassis) dit que chez le sujet dont il est parlé dans les *Archives*, et qui avait un abcès métastatique sur la ligne médiane du sternum, il ne saurait spécifier si le pus a passé à travers la substance osseuse ou bien dans une articulation de l'os ; il peut seulement affirmer qu'il n'y avait pas d'empâtement comme dans les affections osseuses.

M. Huguier pense qu'il serait bon de se demander si, dans le cas dont il est question, il n'y avait pas résorption purulente en même temps qu'altération osseuse concomitante ; cette supposition ne serait pas impossible.

M. Vidal dit encore que le malade a bien accusé des douleurs thoraciques, mais elles furent attribuées à des abcès dans les poumons. Il n'avait d'ailleurs pas d'autre abcès sous-cutané. Cet homme avait présenté ceci de particulier, qu'il avait eu tous les symptômes d'une arthrite aiguë de l'articulation scapulo-humérale. Elle fut vidée du pus qu'elle contenait, et il y eut ankylose. Dans l'articulation coxo-fémorale, il n'y eut pas le moindre symptôme d'inflammation. C'est par hasard que l'on trouva la collection purulente ; celle-ci fut ouverte, et les mouvements ont été conservés. Serait-ce qu'en haut le pus s'était formé dans l'articulation même, et qu'en bas il fût seulement dans le voisinage ?

M. Lenoir a eu à traiter une jeune femme qui, à la suite d'une phlébite utérine, présenta, outre douze ou quinze abcès sous-cutanés, une arthrite purulente des deux genoux, qui restèrent ankylosés. Cette femme conserva toujours un bon appétit, et elle fut nourrie pendant tout le cours de la maladie.

— M. Loir s'est livré à des recherches sur la composition des calculs, et il pense que, d'après l'inspection, on peut toujours avoir de fortes présomptions sur la nature du noyau central. C'est ainsi qu'il a fait analyser ceux de la dernière séance, et ce qu'il avait annoncé s'est trouvé vrai, c'est-à-dire qu'ils étaient composés d'un noyau d'oxalate de chaux enveloppé d'une couche de phosphate ammoniaco-magnésien.

M. Morel-Lavallée n'avait élevé d'objection que sur la couche extérieure des calculs dont il est question, couche extérieure composée, suivant lui, non pas d'acide urique, mais de phosphate de chaux simple, bibasique ou tribasique, ce dont l'analyse a démontré l'exactitude.

— M. Loir fait voir un calcul urétral qui a deux pouces de diamètre, et qui ne gênait pas l'émission de l'urine.

— M. Guersant annonce que l'enfant auquel il a pratiqué la désarticulation de la cuisse a été pris de variole. L'éruption est discrète, l'état général est bon. La plaie est réunie dans la plus grande partie de son étendue. La suppuration est de bonne nature.

— M. Vidal (de Cassis) présente une tumeur du volume d'une noix à peu près, et qui n'est autre chose qu'une dilatation variqueuse de la veine saphène. Il l'a enlevée à un bûcheron, homme fort et vigoureux, qui était entré dans son service à l'hôpital du Midi pour une affection osseuse syphilitique traitée et guérie par l'iodure de potassium. Lorsque le malade entra, la tumeur avait le volume du poing. Pendant son séjour à l'hôpital, elle diminua d'une manière sensible; mais plus tard, sous l'influence du travail, elle augmenta de nouveau. Cet homme s'excoria la jambe, et c'est alors qu'il vint retrouver M. Vidal, le priant de le débarrasser de sa tumeur. L'oblitération de la veine fut faite ici par la méthode de l'enroulement, et lorsque M. Vidal pensa qu'elle était complète, il enleva la tumeur. Celle-ci est ouverte séance tenante, et l'on voit que la veine est oblitérée en haut et en

bas, et qu'elle contient une substance molle, épaisse, couleur chocolat, constituée par le sang, qui a déjà subi un commencement de décomposition.

M. Robert demande quels accidents si graves éprouvait le malade pour qu'on se décidât à l'opération, et si M. Vidal n'a pas eu la crainte de déterminer une phlébite.

M. Vidal répond qu'à la vérité on peut bien taxer ce qu'il a fait d'opération de complaisance; mais il a tant de foi dans l'emploi des fils métalliques, qu'il n'a pas redouté un instant la phlébite. Aujourd'hui, avec la méthode qui lui est propre, il considère l'opération du varicocèle comme une des opérations les plus simples de la chirurgie, sans toutefois perdre de vue la différence de gravité des lésions des veines du scrotum et celle des grosses veines des membres.

— M. Guersant fait voir un enfant de trois ans, qui porte dans l'une des joues une tumeur assez volumineuse qui a été traitée par les fondants de toute nature sans aucun succès. C'est, suivant lui, une tumeur enkystée ou un lipome. Il penche pour l'existence de ce dernier, et il pense à l'enlever.

M. Robert croit à l'existence d'un kyste. Si l'on ne sent pas bien la fluctuation, cela peut tenir à ce qu'il n'y a pas de plan profond solide pour servir de point d'appui. Il existe une transparence manifeste telle qu'on la trouvait dans les kystes de la joue situés entre le masséter et le buccinateur, chez les sujets qui sont cités dans le mémoire de Bérard.

M. Robert serait d'autant plus étonné que ce fût un lipome qu'il n'y a pas l'aspect lobuleux que présentent ces sortes de tumeurs. Il attache une grande importance à la sensation lobuleuse que donne le toucher, et il cite un cas de tumeur du dos qui fut prise par M. Marjolin et par Sanson pour un kyste contenant du liquide, et que Lisfranc reconnut être un lipome par l'impression qu'il en ressentit en la saisissant à pleine main. En définitive, il pense que dans le cas actuel, où il est difficile d'expliquer comment la joue

ne serait pas moins transparente à l'endroit du lipome, il convient d'ouvrir la tumeur par une large incision, et de faire suppurer la cavité.

M. Huguier a constaté la transparence de la tumeur ; mais cette transparence, fût-elle plus grande encore, ne lui prouverait pas que c'est un kyste ; on sait qu'à une lumière un peu vive on croit voir la transparence de la main. Il a cru sentir que la tumeur était lobulée ; mais, quoique cela ne soit pas très évident, il ne voudrait pas dire qu'on n'a pas affaire à un kyste. Il pourrait se faire que le peloton adipeux sous-molaire fût développé sans qu'on en puisse distinguer les lobules. Il n'y a pas d'ailleurs de fluctuation sensible, et la tumeur semble fuir sous le doigt. Ce n'est pas ainsi que se comportent les kystes.

M. Gosselin a remarqué que la transparence ne s'étendait pas très loin, et qu'en refoulant en haut et en arrière le tissu anormal, elle devenait plus sensible. Cette circonstance, jointe à l'absence de fluctuation et à la possibilité de sentir des bosselures, lui fait penser qu'on a affaire à un lipome.

M. Chassaignac a observé un certain nombre de kystes des joues, et toujours il les a trouvés d'une dureté telle qu'on a pu les prendre pour des concrétions calculeuses ; ici, au contraire, la tumeur est d'une flaccidité remarquable. Quant au diagnostic à tirer de la forme globuleuse indiquée par M. Robert, M. Chassaignac rappelle qu'il a fait voir à la Société un lipome qui avait été pris par lui et par M. Marjolin pour un kyste. Son avis est que, pour le jeune malade de M. Guersant, il faut faire une ponction exploratrice par la bouche.

M. Robert fait remarquer que, dans le cas qui vient d'être cité, la tumeur était bridée par l'aponévrose palmaire, et que les lobules en étaient effacés. Lorsqu'on l'incisa, tous ces globules, qui étaient tassés, prirent de l'extension et changèrent la forme de la tumeur. Il ajoute qu'à cette épo-

que, son attention n'avait pas été appelée aussi spécialement sur ce sujet.

M. Morel-Lavallée ne conserve pas le moindre doute sur la nature lipomateuse de la tumeur, d'abord pour plusieurs des raisons qu'on a déjà données, et surtout pour celles qui suivent. Premièrement, s'il s'agissait d'un kyste, l'extrême laxité de ses parois permettrait, en pinçant la tumeur, le contact réciproque des points opposés de ces parois ; or, en pressant avec un doigt sur la joue et avec un autre dans la bouche, ou en saisissant la tumeur extérieurement, on rencontre entre les doigts une épaisseur bien plus considérable que celle des deux parois d'une poche qui contiendrait un liquide. Il y a donc évidemment un *tissu* anormal interposé aux parois de cette poche doublées des couches ambiantes de la joue. Deuxièmement, il serait très singulier qu'un kyste offrît une si grande surface sans être plus plein. Ce n'est pas ainsi que se présentent habituellement ces sortes de tumeurs, qui sont toujours bien plus tendues.

M. Nélaton avait demandé la parole pour développer les mêmes arguments que ceux de M. Morel-Lavallée ; aussi il n'insistera pas davantage. Il dira seulement qu'il a vu deux dilatations du conduit de Sténon qui formaient des kystes de la grosseur d'une noix ; leur consistance et leur volume variaient suivant qu'on les comprimait. Une stomatite ayant mis obstacle à l'écoulement de la salive que ces kystes contenaient, ils devinrent plus volumineux et très durs.

M. Lenoir a vu, au début de ses études médicales, un cas pareil. On avait cru à un abcès froid, et l'on avait ouvert avec un fer rouge ; il en était sorti de la salive, et il en résulta une fistule salivaire.

M. Michon pense que la condition de transparence des tumeurs n'est pas encore bien connue, et il cite un fait de collection adipocireuse du voisinage de l'orbite, dans lequel elle était manifeste.

M. VIDAL joindra à ce fait un exemple de dégénérescence de la joue, présentée par M. Nélaton, qui était aussi très transparente. C'était un cancer colloïde,

M. MOREL-LAVALLÉE rappelle à ce sujet qu'un savant a adressé à l'Académie des sciences un mémoire sur la possibilité de rendre tout le corps transparent au moyen de l'électricité. Il dit aussi qu'il a vu un certain nombre de tumeurs cancéreuses translucides du testicule. C'est un fait sur lequel quelques auteurs, et M. Roux en particulier, insistent beaucoup. Cette transparence peut s'expliquer dans les cas où une couche de liquide existe autour d'une tumeur solide.

— La séance est levée à cinq heures.

Séance du 19 janvier 1848.

Présidence de M. ROBERT.

A l'occasion du procès-verbal, M. MARJOLIN fils dit avoir vu à l'hôpital Beaujon une tumeur sublinguale prise pour une grenouillette et qui était constituée par un lipome qui envoyait des ramifications entre les muscles sublinguaux.

— M. GUERSANT annonce que l'enfant auquel il a pratiqué la désarticulation de la cuisse est en très bon état. Il n'a rien fait à celui qui portait la tumeur de la joue, les parents ayant préféré attendre.

—La Société reçoit le procès-verbal de la trente-huitième séance annuelle de la Société de médecine de Marseille; M. Vidal (de Cassis) est chargé d'en rendre compte.

— M. MICHON rapporte deux cas de luxation du premier métacarpien sur le trapèze, l'une complète, l'autre incomplète; la première observée sur un garçon boulanger dont la main avait été prise sous un tonneau, le premier métacarpien supportant le choc. Lorsque le malade se pré-

senta à la consultation, le lendemain de l'accident, M. Michon ne trouva pas le signe caractéristique indiqué par les auteurs ; le pouce, au lieu d'être incliné et fléchi, était droit. Il existait une tumeur au-dessus du trapèze, et, comme il n'y avait pas encore de gonflement, on sentait très bien la surface articulaire du métacarpien. On percevait aussi un bruit de frottement qui aurait pu en imposer pour une crépitation de fracture : on constata un raccourcissement d'un centimètre. M. Michon, désirant faire mouler cette affection, ajourna la réduction au jour suivant. Elle fut très facile; mais, les parties n'ayant pas été convenablement maintenues, la luxation se reproduisit. Une nouvelle réduction fut faite, et cette fois elle fut définitive par l'emploi de l'appareil généralement indiqué.

Le second cas a été observé sur un élève du collége Louis-le-Grand. Ce jeune homme avait fait une chute, et la partie antérieure du premier métacarpien avait porté sur le rebord d'une table. Il n'y avait pas de gonflement. Le trapèze formait une saillie semblable à un kyste; on trouvait très aisément la dépression articulaire et le relief du métacarpien, qui était ici porté en dedans du côté cubital. Le pouce conservait une rectitude parfaite; la réduction fut très facile. Aujourd'hui le malade est bien, et il peut se servir de son pouce.

— M. Michon raconte ensuite qu'il vient de réduire avec la plus grande facilité et sans efforts, par le procédé de M. Lacour, une luxation sous-coracoïdienne complète à un malade qui a eu déjà la même luxation réduite par Boyer et par M. Malgaigne, et qui lui a assuré que ce dernier moyen est celui qui l'a fait le moins souffrir.

M. Vidal (de Cassis) pense que ce fait n'est pas de nature à faire valoir beaucoup le procédé de M. Lacour, puisque déjà la réduction avait été facile par deux autres procédés différents.

M. Lenoir s'est deux fois chez le même sujet trouvé très

bien de l'emploi du procédé de M. Lacour, procédé qu'il a modifié en ce sens qu'il écarte fort peu le bras du tronc. Il lui semble qu'en élevant le bras horizontalement on pousse la tête de l'humérus sous le grand pectoral.

M. Gosselin a récemment employé le procédé de M. Lacour sur un homme de trente-cinq ans, fort et vigoureux. La réduction se fit aisément, le malade n'ayant pas même quitté son lit.

M. Robert a essayé le procédé pour une luxation intra-coracoïdienne, et il a échoué; il pense qu'il ne s'applique qu'à la luxation sous-coracoïdienne. Au surplus, il ne comprend pas très bien comment, dans cette luxation où l'humérus éprouve un mouvement de rotation en dehors, on peut rapprocher la tête de la cavité glénoïde en exagérant ce mouvement.

M. Michon croit qu'on peut diviser en deux temps ce procédé. Dans le premier, les tubérosités de l'humérus sont mises en contact avec la cavité; dans le second, qu'il appellera volontiers temps de restitution, on substitue la tête articulaire aux tubérosités. M. Michon pense que la modification de M. Lenoir peut réussir; mais ce qu'il revendique pour le procédé de M. Lacour, c'est la promptitude de la réduction et la facilité pour le chirurgien d'agir sans le secours des aides.

M. Huguier trouve à la torsion du bras cet avantage qu'elle ramène la tête de l'humérus en face de la cavité, dans laquelle elle rentre dès qu'on cesse les tractions.

— M. Marjolin communique une observation d'ophthalmie phlébitique, et fait voir les pièces pathologiques qui y ont rapport.

M. Nélaton trouve ce fait embarrassant comme diagnostic; on pourrait avoir affaire à l'inflammation du globe oculaire, à la phlébite de la veine ophthalmique, ou bien encore à un phlegmon profond de la cavité orbitaire. Ces trois affections ont des signes qui peuvent servir à les différen-

cier. Ainsi le trouble de la vue est un des symptômes sur lesquels on peut le plus s'appuyer pour établir l'existence de l'ophthalmie ; l'exorbitisme accompagné d'immobilité du globe de l'œil est un signe du phlegmon, les muscles étant pris dans le foyer inflammatoire et devenant fixes.

M. Nélaton rappelle que l'on a déjà tenté quelques remarques sur la distinction de ces trois maladies, et que M. Thibault a établi que dans la phlébite de l'ophthalmique la vue n'est pas troublée, tandis qu'elle est abolie dès le début dans l'inflammation oculaire et dans le phlegmon orbitaire.

M. Robert ne voit pas une grande difficulté à diagnostiquer la cause de l'exorbitisme. Dans le cas de phlegmon profond le globe oculaire ne perd rien en volume et en aspect, et s'il est occasionné par la phlébite, il existe des symptômes généraux qui la font reconnaître. Quant à l'inflammation oculaire, elle est évidente lorsque les humeurs de l'œil se troublent dès le début.

M. Nélaton répète que la persistance de la vision est incompatible avec l'idée d'une inflammation intra-oculaire, et qu'une doctrine contraire serait en opposition avec ce que disent tous les auteurs.

M. Marjolin fera une dissection attentive de l'orbite et du globe de l'œil, et il rendra compte à la Société de ce qu'il aura trouvé.

La séance est levée à cinq heures.

Séance du 26 *janvier* 1848.

Présidence de M. Chassaignac.

A l'occasion du procès-verbal, M. Huguier dit qu'on a eu raison d'avancer que le procédé de M. Lacour ne réussit que dans la luxation sous-coracoïdienne. Il vient tout récemment de l'essayer pour une luxation sous-scapulaire. Il

a exagéré beaucoup la torsion du bras, sans rien obtenir ; il a eu recours au procédé de White, et il a réduit facilement. Il y a quinze jours il a obtenu un beau succès par ce même procédé de White dans un cas de luxation sous-scapulaire qui datait de deux mois.

M. Michon n'a préconisé le procédé de M. Lacour que pour la luxation sous-coracoïdienne, et hier encore il en a eu bon résultat dans un cas de déplacement de cette espèce.

M. Gosselin demande si M. Huguier est bien certain que la luxation à laquelle il a eu affaire était une sous-scapulaire et non pas une sous-coracoïdienne. Il pense que, s'il y a des variétés auxquelles le procédé peut s'appliquer, il est bon de les bien spécifier.

M. Vidal (de Cassis) manifeste la crainte que l'on ne fasse confusion dans la détermination des diverses espèces de luxations. Quelques auteurs donnent le nom de sous-claviculaires et à la luxation intra-coracoïdienne de M. Malgaigne, et à la sous-scapulaire de M. Velpeau. Celle-ci pouvant devenir intra-coracoïdienne, on compromettrait le procédé si on lui en faisait l'application.

M. Maisonneuve a échoué avec le procédé Lacour dans deux cas où la tête de l'humérus avait abandonné complétement le rebord de la cavité glénoïde. Il est porté à croire que ce n'est que quand les tubérosités sont pour ainsi dire accrochées par le sillon qui les sépare de la tête articulaire qu'il peut réussir, quel que soit d'ailleurs le sens de la sortie. M. Maisonneuve se demande si un procédé qui ne convient qu'à un petit nombre de luxations est utile, à présent surtout qu'il y a possibilité d'anéantir les forces musculaires par l'éthérisation.

M. Huguier partage tout à fait l'opinion qui veut que la tête de l'humérus soit encore accrochée pour que la réduction soit possible par le procédé de M. Lacour. Dans le cas qu'il vient de citer, elle avait abandonné tout rapport avec

la côte du scapulum et le pourtour de la cavité glénoïde, puisqu'elle reposait sur le thorax et qu'elle répondait en haut à la clavicule et en arrière au muscle et à la fosse sous-scapulaire.

M. Nélaton voudrait qu'après avoir bien examiné les rapports des os entre eux et ceux de la tète articulaire avec les muscles, on tînt aussi un grand compte de la symptomatologie. Il possède, et il fera voir à la Société un plâtre qui est le type de la luxation intra-coracoïdienne de M. Malgaigne. Comme exemple de la classification des rapports de la tête avec les os, il cite une pièce du musée Dupuytren, dans laquelle la tête est positivement en dedans de l'apophyse coracoïde et non pas au-dessous. S'il émet des doutes sur le volume des rapports de la tête avec les muscles, c'est que dans la luxation sous-scapulaire de M. Velpeau, par exemple, le bord antérieur du muscle sous-scapulaire peut être déchiré et la tête se trouver au-dessous du grand pectoral; ce qui ne ressemble plus à la définition qui en a été donnée.

M. Chassaignac admet que le procédé de M. Lacour, non-seulement n'est pas applicable à certaines variétés de luxations sous-scapulaires, mais qu'il peut exercer alors une violence fâcheuse: aussi importe-t-il de bien préciser le diagnostic. En tout cas, les autres méthodes lui paraissent plus avantageuses pour aborder une luxation qui ne serait pas bien spécifiée.

M. Chassaignac pense que les pièces du musée dont il a été parlé ne peuvent donner que des idées inexactes à cause du déplacement consécutif qui a pu avoir lieu. Il a beaucoup plus de confiance dans la symptomatologie faite au moment ou peu de temps après l'accident. Il regrette de ne pas voir plus souvent appliqué en France le procédé du talon, et il cite deux cas observés par lui à l'Hôtel-Dieu dans lesquels ce procédé lui a merveilleusement réussi.

M. Nélaton ne veut pas traiter la question si longtemps

débattue des déplacements consécutifs. Il demande seulement quelles sont les preuves à l'appui de cette théorie admise par Desault, Boyer, Dupuytren et d'autres encore.

M. Chassaignac n'a pas voulu parler des déplacements immédiats, mais de ceux d'une luxation datant de trois ou quatre ans. Il soutient qu'alors on ne peut pas avoir une image fidèle d'un déplacement qui est devenu pour ainsi dire organique.

— M. Charrière adresse à la Société plusieurs instruments destinés à la réduction des luxations des doigts et des orteils.

— M. Chassaignac rapporte deux cas de cathétérisme difficile. Dans l'un, qui était occasionné par un engorgement de la prostate, le malade n'avait pas rendu d'urine depuis la veille. Plusieurs fausses routes avaient été faites dans l'urètre. Il employa successivement les sondes et les bougies, ainsi que l'algalie à bec court de M. Mercier si favorable pour ce cas spécial. Tout avait échoué, et déjà il pensait à évacuer l'urine par un autre moyen lorsqu'il tenta encore l'introduction d'une sonde en gomme à courbure fixe, et cette fois il arriva d'emblée dans la vessie.

Dans le second cas, il s'agissait d'un jeune homme qui n'avait pas uriné depuis cinq heures. Il essaya les sondes de diverses grosseurs, molles ou rigides, et il ne put entrer. Il finit par présenter au canal une bougie en cire, qui pénétra jusqu'à la vessie. Aussitôt le malade rendit quelques gouttes d'urine qui passait entre la bougie et les parois, et dix minutes après il urinait à plein canal. M. Chassaignac croit que dans ce dernier fait la rétention d'urine tenait à un état spasmodique du canal de l'urètre.

M. Vidal (de Cassis) n'est nullement étonné des résultats qui se sont produits, et depuis longtemps, dans les cas de fausses routes, il ne se sert que de bougies molles et de sondes en cire. Il rappelle un procédé qui lui a quelquefois réussi et qui consiste à aller jusqu'à l'obstacle avec le man-

drin, qu'on retire alors en faisant filer la sonde dans la vessie.

M. Marjolin pense que chez le sujet dont il vient d'être question, on n'avait pas affaire à un spasme de l'urètre, mais bien à une distension considérable de la vessie qui en empêchait la contraction.

M. Lenoir ne trouve rien d'extraordinaire dans le moyen employé sur le premier malade de M. Chassaignac. Il est arrivé ici ce qu'on voit souvent pour les engorgements de la prostate dans lesquels un instrument flexible se moule plus facilement qu'une sonde dure.

M. Guersant ne se sert jamais chez les vieillards que de sondes molles ou de sondes courbes sans mandrin; c'est une pratique qu'il a prise à Bicêtre, où il a vu maintes fois qu'avec les mandrins ou les sondes d'argent on est exposé à faire des fausses routes.

M. Chassaignac ne pense pas qu'il faille ainsi rejeter les instruments rigides dans les cas d'engorgement de la prostate. Tout le monde sait avec quelle facilité on traverse la prostate avec la sonde de M. Mercier, et tout dernièrement il voyait, avec le professeur Chomel, un vieillard dans la vessie duquel on ne pouvait pénétrer que par ce moyen.

— Séance levée à cinq heures un quart.

Séance du 2 *février* 1848.

Présidence de M. Robert.

A l'occasion du procès-verbal, M. Vidal (de Cassis) dit avoir réduit la veille une luxation sous-coracoïdienne datant de vingt-quatre heures, par le procédé de M. Lacour. C'était sur un homme fort et vigoureux. On avait déjà tenté la réduction par le procédé ordinaire et par celui de Mothe, sans résultat. M. Vidal, sans qu'il fût nécessaire de faire l'extension et la contre-extension, et seulement en impri-

mant au bras le mouvement de rotation prescrit, fit rentrer l'humérus dans la cavité.

M. Michon dit aussi avoir réduit, par le même procédé et sans aides, une luxation sous-coracoïdienne qui datait de quarante jours et qui avait été méconnue. Le malade avait eu en même temps luxation de la clavicule et fractures de côtes; il se plaignait d'éprouver de vives douleurs dans l'épaule, et ces douleurs disparurent aussitôt que la réduction fut faite.

M. Robert demande si c'était bien là une luxation complète, et il élève des doutes sur un signe indiqué par M. Michon, à savoir qu'il existait une dépression à la partie postérieure du deltoïde; ce signe pouvait en imposer pour une luxation alors que chez certains individus il n'est que le résultat d'une inclinaison en avant, normale du col glénoïdien.

M. Michon répond qu'il croit avoir eu affaire à ce que l'on a nommé luxation incomplète, et que c'est là précisément ce qui l'a fait méconnaître. Quant à l'existence d'un déplacement, il ne saurait être mis en doute. En effet, dans le vice de conformation dont parle M. Robert, la dépression est permanente, et ici elle a disparu dès que la réduction a été faite; ensuite le coude était écarté du tronc, et il a pu en être rapproché, enfin le bruit de craquement de la rentrée de la tête eût été plus que suffisant pour donner la certitude de la luxation. Au surplus ce cas heureux n'est pas unique. Il en a déjà rapporté plusieurs, dans lesquels la luxation était bien complète, la saillie de la tête évidente, ainsi que l'aplatissement du deltoïde; il en a cité un où la luxation était presque intra-coracoïdienne, et dans tous ce procédé lui a réussi. M. Vidal vient encore de faire connaître un fait où le déplacement était complet, où deux autres procédés avaient échoué et qui a été réduit par celui de M. Lacour. Tout cela ne prouve-t-il pas que ce procédé peut être appliqué à différents cas? M. Michon proposerait de

nommer une commission qui serait chargée d'étudier la question. Cette proposition étant appuyée, MM. Huguier, Nélaton et Gosselin sont nommés commissaires.

M. Nélaton met sous les yeux de la Société le moule en plâtre d'une luxation intra-coracoïdienne. On constate sur cette pièce qu'il y a un aplatissement peu considérable de l'épaule, parce que, le membre ayant éprouvé une espèce de tassement, les muscles ne sont pas tendus : ce n'est qu'à la partie postérieure qu'il existe une légère dépression ; que la tête de l'humérus forme en avant une saillie située au-dessous de la clavicule plus près de sa moitié externe que de sa moitié interne ; que la dépression sous-claviculaire a disparu, la saillie portant vers la partie la plus élevée de la paroi de l'aisselle ; que le bras est peu éloigné de la poitrine, qu'il est incliné en arrière, et pour ainsi dire plié au niveau du bord postérieur du deltoïde, et qu'enfin il devait être impossible de toucher avec les doigts par l'aisselle la tête humérale ; ce qui effectivement avait lieu. M. Nélaton fait connaître cette circonstance, que sur ce malade on ne percevait pas la crépitation signalée par M. Velpeau dans les luxations sous-coracoïdiennes.

M. Lenoir demande quel genre d'accident a causé cette luxation, et si après la réduction le malade a pu se servir promptement de son bras. Sur la réponse de M. Nélaton que c'était le résultat d'une chute, et que les mouvements du bras ont été rétablis assez vite, il dit qu'il fait ces questions parce que la lésion lui paraît être ce que les auteurs ont appelé luxation vague, les muscles étant déchirés et la tête pouvant être portée de côté et d'autre. Il lui semble difficile d'admettre que dans le cas présent les muscles sous-épineux et petit-rond ne soient que tiraillés et non déchirés.

M. Vidal (de Cassis) voit dans ce fait la preuve de la nécessité d'apporter une modification à la classification des luxations de l'épaule, et il voudrait que la commission qui

vient d'être nommée s'occupât aussi de cette classification. Pour son compte, il prend pour point de détermination une saillie osseuse au-dessous de laquelle la tête doit se trouver. Celle-ci peut être sous-glénoïdienne; c'est le plus rare. MM. Goyrand et Robert en ont rapporté chacun une observation; elle peut être sous-coracoïdienne; elle peut être sous-claviculaire; ce qui répond à l'intra-coracoïdienne. Celle dont M. Nélaton présente le moule lui paraît devoir être rapportée à la sous-claviculaire, la tête étant encore au-dessous du niveau de l'apophyse coracoïde.

—M. Demarquay, prosecteur de la Faculté, présente une fracture du col du fémur avec pénétration dans le grand trochanter, en même temps qu'il y a eu fracture par arrachement du petit trochanter, lequel ne tient plus à l'os que par un tissu fibreux de formation nouvelle. La section du col faite suivant son axe fait voir les trous de la fracture parfaitement consolidée. En examinant la capsule, on a pu croire au premier moment que la lésion avait lieu dans son intérieur; mais il n'en est pas ainsi, et c'est parce que le col s'est enfoncé dans le grand trochanter que l'insertion de la capsule se trouve si rapprochée du corps du fémur. C'est sur le cadavre d'une vieille femme dont le membre était raccourci et dont le pied était dévié en dehors que M. Demarquay a pris cette pièce. Il pensait qu'il devait trouver soit une fracture du col, soit une luxation.

M. Maisonneuve voit là une des fractures les plus fréquentes du col du fémur, compliquée d'éclatement du grand trochanter et de séparation du petit. Il en a rencontré un grand nombre de cette espèce.

M. Nélaton fait remarquer que sur cette pièce la pénétration a lieu, surtout à la partie postérieure du grand trochanter, ainsi que l'a indiqué M. Denonvilliers; ce qui favorise le renversement du pied en dehors.

M. Robert rappelle que, dans le mémoire qu'il a publié sur le même sujet, il a insisté sur le renversement du pied

qui se déduit du sens de la fracture, et celle-ci étant produite par une chute sur le grand trochanter, la pénétration a lieu par le côté externe postérieur.

M. Chassaignac trouve cette pièce remarquable en ce sens qu'il y a moins d'obliquité que dans beaucoup d'autres fractures du même genre où l'angle est plus prononcé, ce qui se rapporte à ce que dit M. Robert de la cause fracturante. Il pense aussi que les fractures par pénétration sont moins fréquentes que ne l'avance M. Maisonneuve.

— M. Guersant annonce que l'enfant auquel il avait pratiqué la désarticulation de la cuisse a succombé le trente et unième jour de l'opération, alors que la réunion des lèvres de la plaie était presque complète. Il y a eu résorption purulente, et l'on a trouvé du pus dans la cavité cotyloïde, ainsi que dans les lames de l'os iliaque. Les poumons contenaient dix ou douze abcès métastatiques; il y en avait aussi quelques-uns dans le cerveau. On n'a rencontré aucune trace de tissu encéphaloïde; circonstance importante à noter, eu égard à la lésion qui avait nécessité l'opération.

— M. Maisonneuve fait voir plusieurs pièces d'anatomie pathologique : un bout de langue qu'un épileptique mordit dans ses attaques : il en était résulté un sillon de tissu inodulaire qui empêchait la circulation, et qui avait déterminé une tumeur qui gênait beaucoup le malade;

Plusieurs esquilles provenant d'une fracture du crâne pour laquelle il a employé le trépan avec succès ;

Une portion du maxillaire inférieur enlevée pour une tumeur encéphaloïde qui avait pris naissance dans l'angle de l'os.

— M. Chassaignac rappelle qu'il y a quelque temps on a agité dans la Société la question de la récidive du cancer de la langue. Il a revu ce matin même une femme de vingt-huit à trente ans, à laquelle il a enlevé, il y a quatre ans, la moitié de cet organe pour une dégénérescence évidemment cancéreuse, et il a pu constater qu'il n'y a pas la moin-

dre récidive, et que la cicatrice reste parfaite. Il pense que cette question doit être envisagée au point de vue de l'espace de temps pendant lequel la guérison se maintient, et non pas sous le rapport des récidives.

— M. Michon fait voir un calcul qu'il a extrait de la vessie d'un homme de cinquante ans, par la taille bilatérale. Ce calcul était si friable, qu'il s'est brisé sous l'action des tenettes, et il est à remarquer qu'il avait été déclaré d'une nature très dure par un autre chirurgien. Le malade ne pouvant supporter l'introduction des instruments dans le canal, il avait été impossible de faire la lithotritie.

Séance levée à cinq heures et demie.

Séances des 9 et 16 février 1848.

Présidence de M. Monod.

M. Huguier présente un enfant de dix mois qui porte une tumeur sanguine sur la paupière. Il en existe deux autres à la partie latérale du menton et sur le dos. M. Huguier désire avoir l'avis des membres de la Société sur le traitement applicable à cette tumeur. Il craint que le cautère actuel, qu'il a appliqué avec succès sur la tumeur du maxillaire, ne détermine ici la gangrène de la paupière, circonstance qui, toutefois, ne l'arrêterait pas, parce que plus tard, la maladie étant détruite, on pourrait refaire une paupière, et que le caustique n'offense aussi le globe oculaire.

M. Guersant a remarqué souvent que, quand la tumeur sanguine existe, comme cela a lieu ici, dans le tissu cellulaire et non dans la peau, les cautères potentiels sont inutiles ; aussi il n'hésiterait pas à avoir recours aux aiguilles chauffées à blanc.

M. Lenoir a traité par la cautérisation, à l'aide de la tige de platine, un jeune enfant qui portait sur l'avant-bras une tumeur sanguine grosse comme un œuf de poule.

La gangrène s'ensuivit et détruisit toute la tumeur. L'enfant a guéri. Il l'a revu plus tard, et la cicatrisation s'était maintenue très bonne. La crainte qu'une gangrène semblable se produisît dans le cas actuel lui fait rejeter ce moyen; la multiplicité des tumeurs semblables sur d'autres parties du corps lui paraît aussi une contre-indication à l'opération, et enfin on a vu de ces tumeurs qui ont disparu d'elles-mêmes.

— M. Desprets, chirurgien du bureau central, donne lecture des conclusions d'un Mémoire sur la hernie ombilicale. Il communiquera le travail dans son entier à une prochaine séance.

— M. Guersant fait voir la vessie d'un jeune enfant de six ans qui depuis quelque temps était chétif, languissant, pissait mal et rendait du pus avec l'urine et quelquefois du sang. Il fut pris de diarrhée et succomba. A l'autopsie, on trouva la muqueuse vésicale épaissie et fongueuse comme celles qu'on trouve souvent chez les vieillards.

M. Guersant fait remarquer combien cette dégénérescence est rare dans un âge aussi tendre.

— M. Morel-Lavallée présente une portion du cerveau du malade dont M. Maisonneuve a entretenu la Société dans la séance précédente, et sur lequel il a pratiqué l'opération du trépan. L'hémiplégie avait persisté. Le malade était dans le coma. Les mouvements étaient perdus, la sensibilité restant intacte. Ce malade mourut. A l'autopsie, M. Morel, ne voyant rien au niveau de l'endroit où avait été appliqué le trépan, s'était dit que la lésion devait être à la base. Mais la dissection la plus attentive ne fit absolument rien découvrir ni sous la dure-mère, ni entre elle et les os; on ne trouva qu'une contusion au niveau de la fracture, et ellle était si peu profonde qu'elle ne dépassait pas les circonvolutions cérébrales. La moelle était parfaitement saine. M. Morel a été frappé de ce fait, et il fait remarquer combien on aurait été trompé si, en vue de la persistance de

l'hémiplégie, on avait voulu faire une nouvelle application de trépan. Il lui semble difficile de dire qu'ici la contusion soit cause de la paralysie; il en a vu de bien plus étendues qui n'ont pas produit d'effets semblables.

M. Marjolin est porté à croire qu'on peut, dans ce cas, invoquer la commotion comme cause de la paralysie, et qu'il en doit être ainsi dans les cas où l'on ne trouve à l'autopsie qu'une lésion minime. Il cite, en opposition à ce fait, deux observations de plaies de tête dans lesquelles les malades vécurent longtemps sans paralysie, et à l'autopsie desquels on trouva des désordres très graves dans le cerveau.

M. Morel répond qu'il ne connaît pas d'exemple d'hémiplégie par suite de la commotion; ce qu'on rencontre alors, c'est une résolution des membres et une paralysie générale.

— M. Morel-Lavallée présente encore l'œil d'un enfant d'un an qui, entré à l'hôpital des Enfants-Trouvés pour une hernie étranglée que l'on réduisit, fut pris un matin, sans causes appréciables, de convulsions, et chez lequel, sans injection inflammatoire préalable de la conjonctive et de la sclérotique, la cornée se ramollit et s'ulcéra dans l'espace de vingt heures.

Les cas de ramollissement aigu de la cornée ne sont pas rares lorsque les autres membranes participent à l'inflammation; mais ici, elles ne présentaient absolument rien d'appréciable.

M. Marjolin a observé sur un jeune chien qui fut pris de convulsions une altération aussi rapide de la cornée, d'un côté; au bout de quelque temps, une seconde attaque de convulsions eut encore lieu, et l'autre cornée se perfora.

M. Morel-Lavallée fait savoir qu'il a disséqué l'œil qu'il a présenté, et qu'il a constaté sur la cornée une perte de substance tout à fait ronde, et comme faite à l'emporte-pièce.

M. Lenoir pense qu'on peut expliquer la nature de cette

lésion par l'état dans lequel se trouvait l'enfant; souvent ceux que l'on apporte à l'hôpital ont longtemps pâti, et meurent pour ainsi dire de faim. Or il résulte des expériences de M. Magendie que chez les animaux que l'on fait périr d'inanition la cornée s'ulcère, et les yeux se vident sans qu'il y ait eu aucune trace d'inflammation.

M. Morel-Lavallée avait bien eu la même pensée; mais elle est tombée devant ce fait noté que l'enfant était très robuste et d'une santé parfaite.

— M. Morel-Lavallée raconte qu'il vient d'être appelé auprès d'une femme qui, il y a quelques jours, étant enceinte de quatre mois, a fait une chute dans un escalier et a roulé l'espace de six marches sur le ventre. La nuit suivante elle vit un peu de sang s'écouler par le vagin; la nuit dernière elle sentit quelques douleurs, et aujourd'hui dans l'après-midi l'avortement eut lieu. Lorsque M. Morel arriva, la tête du fœtus était à la vulve. Celui-ci extrait présentait toute la surface supérieure droite du corps meurtrie. A la partie inférieure du cou, vers la ligne médiane, une solution de continuité qui semble n'intéresser que la peau, et enfin une autre plaie contuse qui paraît plus profonde sur le tiers inférieur du sternum. Du reste, pas de fracture ni de luxation, et sur le ventre de la mère nulle trace de l'accident. On rencontra dans le placenta un caillot de sang dur et résistant.

M. Huguier pense que les choses peuvent s'expliquer d'une autre façon que par l'action d'une chute, les lésions observées sur le fœtus pouvaient bien être le résultat de manœuvres coupables d'avortement par un corps métallique qui aurait traversé l'œuf et blessé le fœtus. Les déchirures que l'on voit sont profondes, et la plaie des environs de l'appendice xiphoïde semble se recouvrir d'un tissu cicatriciel qui prouverait que l'enfant a été blessé vivant, et que même il aurait vécu quelques jours après.

M. Morel-Lavallée ne peut pas croire qu'une matrice

qui aurait été ainsi blessée ait pu garder longtemps le produit de la conception.

M. Lenoir ne pense pas qu'un fœtus de l'âge de celui-ci puisse avoir été influencé par une contusion des parois de l'abdomen, car à peine si à quatre mois et demi la matrice dépasse le niveau du pubis, et alors elle est protégée par la ceinture osseuse du bassin. Une autre cause de protection se trouve aussi dans la grande quantité d'eau de l'amnios qui entoure le fœtus. Il est donc plus probable que dans le cas actuel il y a un avortement par la commotion qui a produit le décollement du placenta et la mort du fœtus. Celui-ci se sera putréfié dans l'utérus, et les déchirures de la peau n'auraient été que le résultat de la décomposition cadavérique.

M. Marjolin fait remarquer que la malade portait un panier, qu'elle est tombée dans un escalier et qu'il a bien pu se faire que, soit l'anse du panier, soit l'angle d'une marche, aient déprimé assez la paroi de l'abdomen pour produire une contusion sur la matrice encore peu élevée au-dessous du pubis.

M. Morel-Lavallée n'a aucune raison de suspecter la moralité de la malade à laquelle il a donné ses soins; aussi il ne croit pas aux tentatives d'avortement.

La mort du fœtus s'explique d'ailleurs très bien et par la commotion, comme le pense M. Lenoir, et par la contusion directe; car outre qu'il est difficile de dire exactement à quelle époque la matrice dépasse le pubis dans la grossesse, il a, dans le fait actuel, très bien senti les contractions utérines à travers les parois de l'abdomen. Quant à l'objection à tirer de la position du fœtus, on peut croire qu'elle a changé par la pression de l'utérus, et ensuite de la perte de l'eau de l'amnios qui a dû s'écouler pendant l'action de la contusion.

Séances des 22 *et* 29 *mars* 1848.

Présidence de M. Robert.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Lenoir fait un rapport sur un Mémoire adressé à la Société par M. le docteur Sainctelette, de Brou (Eure-et-Loir), sur l'emploi de la gomme pulvérisée comme hémostatique. Les conclusions sont d'adresser des remercîments à l'auteur, de déposer son travail dans les archives de la Société et de lui donner le titre qu'il demande de membre correspondant.

M. Robert aurait voulu que le rapporteur fît des expériences sur ce moyen et qu'il l'appuyât de quelques faits pratiques. Il est porté à croire qu'il n'a pas d'autre action que celle des absorbants en général et qu'il doit être aidé de la compression. Quant aux piqûres de sangsues pour lesquelles on le conseille, les pinces proposées par M. Cruveilhier sont toujours suffisantes.

M. Vidal (de Cassis) a proposé un moyen qui lui a toujours réussi pour arrêter les hémorrhagies produites par les piqûres de sangsues et qu'il regrette de ne pas voir plus souvent employé : il consiste à appliquer sur l'ouverture un petit morceau d'agaric taillé en forme de clou; on le recouvre d'une couche de colophane triturée, et l'on maintient le tout à l'aide d'un bandage légèrement compressif. La forme conique à donner à l'agaric est indispensable, et elle suffit pour qu'on se rende maître du sang là où la compression est le plus difficile, comme, par exemple, sur les parois de l'abdomen.

M. Lenoir n'a pu juger le moyen proposé que d'après les observations qui sont propres à l'auteur; car, pour son compte, il a attendu des occasions de l'appliquer et il ne

s'en est pas présenté. Il lui paraît néanmoins qu'il y a là quelque chose de neuf, principalement l'emploi de la poudre de gomme dans les fosses nasales pour combattre l'épistaxis.

Les conclusions du rapport sont ensuite mises aux voix et adoptées, et M. Sainctelette est nommé à l'unanimité des suffrages membre correspondant.

— M. Monod fait voir un homme d'une trentaine d'années qui, depuis l'âge de quinze ans, porte au niveau de l'extrémité supérieure des deux radius une tumeur assez volumineuse. Il s'agirait de savoir si on a affaire à une luxation spontanée ou bien à une exostose.

M. Gosselin ne croit pas à la luxation, parce que, dans les mouvements de pronation et de supination, on sent très bien la tête rouler à la place qu'elle occupe normalement, et que, eu égard au volume de l'os, la rotation est très bornée, ce qui n'aurait pas lieu dans la supposition de luxations anciennes, parce qu'alors les mouvements redeviennent étendus. Il pense qu'il s'agit d'une hypérostose contre laquelle la thérapeutique sera impuissante.

M. Monod n'était pas éloigné de croire qu'il y avait altération osseuse en même temps que luxation; mais il se rallie très bien à l'opinion de M. Gosselin, et, comme lui, il pense qu'il n'y a rien à faire.

— M. Michon présente une pièce pathologique provenant d'un malade de son service. C'est une fracture de l'extrémité inférieure du fémur dans laquelle il y a trois fragments, un supérieur constitué par l'os entier et deux latéraux constitués par les deux condyles, au milieu desquels on voit la solution de continuité. Pendant la vie, on avait bien jugé que la fracture était oblique et que l'extrémité articulaire était séparée, mais on n'avait pas reconnu celle des deux condyles. Ce que cette pièce présente en outre de remarquable, c'est d'abord que la consolidation est presque complète, le malade ayant succombé à une affection cancé-

reuse étrangère; en second lieu, c'est que dans l'articulation il y a encore, après cinq mois, un peu d'épanchement de sang.

M. Michon donnera plus tard l'observation avec tous ses détails.

— M. Robert désire fixer un instant l'attention de la Société sur un point de pratique important relatif aux plaies des artères des membres supérieurs.

Il est généralement admis que dans une plaie artérielle, lorsque la ligature des deux bouts est possible, il faut la faire, et que, quand on suppose qu'il y a ramollissement des parties divisées, on peut agrandir la plaie et porter la ligature là où l'artère est saine. C'est aiusi qu'il a lié une artère radiale au bout de vingt-cinq jours. Mais il est des cas où l'artère divisée est inaccessible; on lie alors la brachiale à sa partie moyenne; c'était la pratique de Dupuytren, et c'est celle qui est encore admise par la plupart des chirurgiens. Cependant, il existe dans la science un grand nombre d'observations du retour de l'hémorrhagie après la ligature de l'artère brachiale; aussi M. Robert propose-t-il de substituer à celle-ci la ligature de l'artère axillaire, basant ce précepte sur cette considération, qu'après qu'on a lié la brachiale, le sang revient rapidement aux parties inférieures par la collatérale externe, ce qu'on évite en portant la ligature au-dessus du point d'origine, et ensuite sur ce que les branches de l'axillaire ont peu de communication avec la portion supérieure de la brachiale. M. Robert a eu occasion de mettre cette idée à exécution sur un malade auquel, il y a quinze ans, on avait lié l'artère humérale pour une plaie de la cubitale. Cette fois, il existait un anévrisme faux consécutif de l'interosseuse qui avait acquis un volume égal à celui d'une artère brachiale normale. Le membre était infiltré, et il se présentait de très grandes difficultés à la ligature des deux bouts; il lia donc l'axillaire au niveau de la tête de

l'humérus; nul accident ne s'est produit, et la guérison a eu lieu.

M. Nélaton a eu occasion de voir des faits analogues à celui qui vient d'être rapporté; presque tous les chirurgiens en ont observé, et il serait facile de trouver dans les recueils scientifiques un assez grand nombre d'observations qui démontrent les avantages que présente la ligature pratiquée au-dessus du point d'origine des principales branches collatérales. Pour expliquer les succès obtenus par cette opération, on s'est borné à cette remarque, à savoir, que la ligature faite d'après le principe qui vient d'être exposé rend plus difficile le rétablissement de la circulation dans la partie blessée, et s'oppose par cela même au retour de l'hémorrhagie. Mais la simple réflexion suffit pour faire entrevoir que ce retard apporté au rétablissement de la circulation ne constitue qu'une des conditions nécessaires à l'occlusion de la plaie artérielle. Pour que l'hémorrhagie ne puisse plus se reproduire, il faut qu'il s'établisse au niveau de la plaie du vaisseau un travail particulier d'où résultera l'oblitération de l'artère dans le point où elle est blessée, sans quoi le retard apporté au rétablissement de la circulation n'aura d'autre effet que de retarder l'hémorrhagie, mais rien de plus.

Ayant été amené à rechercher par quel mécanisme la guérison a lieu dans les cas d'hémorrhagies consécutives, M. Nélaton n'a pas tardé à s'apercevoir qu'il existe dans l'histoire des plaies des artères une lacune importante, et il pense l'avoir comblée. Il lira prochainement à la Société un travail sur ce point, travail dont l'idée principale est que c'est par l'agglutination des bourgeons charnus cicatriciels des plaies dans lesquelles se trouve l'extrémité divisée de l'artère que celle-ci se trouve fermée et définitivement à l'abri d'une nouvelle hémorrhagie.

M. Michon rappelle qu'il a communiqué, il y a quelque temps déjà, à la Société, un cas d'anévrisme radio-pal-

maire, dans lequel n'ayant pas pu faire la ligature des deux bouts de l'artère par suite d'un phlegmon qui occupait l'avant-bras, il avait lié la brachiale; qu'au bout de plusieurs jours l'hémorrhagie s'était reproduite, mais que, cette fois le phlegmon ayant disparu, la ligature des deux bouts divisés était redevenue possible et il l'avait exécutée. M. Michon, en racontant cette observation, faisait alors remarquer que dans les plaies artérielles du membre supérieur la ligature du tronc principal est un moyen qui peut bien devenir définitif dans certains cas, mais qui pour d'autres n'est que temporaire. Quant à la ligature de l'axillaire préférée à celle de la brachiale, il pense que c'est une question à étudier.

M. Chassaignac est d'avis qu'on ne doit pas adopter une règle de pratique constante, et que la ligature de l'axillaire ne doit être tentée que lorsque la ligature d'une ou des deux artères de l'avant-bras aura échoué. Il a vu des cas où il a suffi de lier celle des artères le plus en rapport avec la plaie saignante.

M. Lenoir pense qu'un nouvel élément doit intervenir dans la discussion; c'est l'état du sang. Il reconnaît que dans le cas de plaie récente des artères, si l'on pratique la ligature du vaisseau à distance, la guérison a lieu, à la condition qu'il se fait dans le point lésé de l'artère, pendant le temps que la circulation est suspendue dans celle-ci, une sécrétion de lymphe plastique qui amène la coagulation du sang quand ce liquide y revient peu à peu au moyen des anastomoses; que dans le cas de plaie, dartres, datant au contraire de quelques jours, et dans lesquelles il y a eu déjà plusieurs hémorrhagies secondaires, si les choses ne se passent pas de même que plus haut, quoiqu'on ait fait la ligature du tronc principal à distance, c'est que le sang est devenu plus liquide qu'il n'était avant les hémorrhagies secondaires, et qu'il a perdu de sa plasticité. Or par suite de ce nouvel état du sang, on conçoit qu'il passe plus facile-

ment et plus tôt à travers les anastomoses capillaires pour arriver à la solution de continuité, et qu'il n'y soit plus arrêté par la lymphe plastique, qui n'a plus été sécrétée comme dans le cas précédent, à cause de l'état même du sang. C'est de cette manière qu'il explique les insuccès qu'on éprouve quand on fait la ligature du vaisseau principal d'un membre pour remédier à des plaies d'artères compliquées d'hémorrhagies secondaires plus ou moins nombreuses.

M. Nélaton voit dans ce que vient de dire M. Lenoir plutôt une présomption que des faits. Il lui paraît peu probable qu'une ligature placée sur le milieu de l'artère brachiale influence assez l'artère éloignée pour qu'il s'y fasse une sécrétion de lymphe plastique ; tandis qu'il faut bien admettre que cette sécrétion a lieu là où la ligature a été appliquée, à moins que ce ne soit par ce point que l'hémorrhagie se produise.

M. Lenoir répond que, dans un cas qu'il a vu, les hémorrhagies ont eu lieu peu de jours après les ligatures et alors que celles-ci n'étaient pas encore tombées.

Séance du 5 *avril* 1848.

Présidence de M. Robert.

A l'occasion du procès-verbal, M. Robert revient sur les objections qui lui ont été faites contre la méthode qu'il propose, de recourir promptement à la ligature de l'axillaire dans les cas d'hémorrhagies des artères de l'avant-bras. Il ne pense pas, comme on le lui a dit, que la ligature de l'artère axillaire soit une opération plus grave que la ligature de la brachiale, il reste bien entendu qu'il n'y a recours que lorsqu'il est indispensable de lier le tronc lui-même. M. Robert pense aussi que plus une artère laisse passer de sang dans un temps donné, plus elle tend à augmenter de volume. Il se rappelle avoir vu, lorsqu'il était in-

terne à l'Hôtel-Dieu, un jeune garçon pâtissier, qui s'était fait une plaie au petit doigt, et qui avait eu déjà un certain nombre d'hémorrhagies. Voulant s'assurer s'il n'y avait pas de corps étranger dans cette plaie, il vit distinctement la lumière de l'artère collatérale dont le diamètre était singulièrement augmenté, et il put y introduire un stylet qui pénétra à une assez grande profondeur. M. Robert a rapproché ce fait de l'augmentation de volume de l'artère dans le cas d'anévrisme variqueux, augmentation signalée dans une lettre de Cléghorn à Hunter. Il lui a semblé qu'alors l'artère se dilate parce qu'une plus grande quantité de sang la parcourt, et il croit qu'il en doit être de même pour les anévrismes traumatiques.

M. Huguier demande sur quoi se base M. Robert pour croire que son stylet a pénétré dans une collatérale ; il lui paraît plus probable qu'il s'est engagé dans quelque gaîne tendineuse.

M. Robert répond qu'il est sûr du fait qu'il avance, que la plaie était latérale, qu'il n'a pas pu pénétrer dans une gaîne, et que d'ailleurs il avait bien distingué la lumière de l'artère.

M. Chassaignac n'interprète pas de la même manière que M. Robert l'augmentation de volume des artères, signalée par Cléghorn dans la varice anévrismale. Suivant lui, l'accroissement de capacité d'un vaisseau est le fait de l'inflammation ; c'est une loi qui, si elle n'est pas absolue, est du moins très générale : on peut la constater dans presque tous les anévrismes, et il n'est pas besoin d'une plaie d'artère communiquant avec l'extérieur pour qu'elle existe.

M. Nélaton fait remarquer que tous les anatomistes savent qu'il y a une grande variété dans le volume normal des artères. Le développement des artères collatérales du sujet de M. Robert pourrait bien être naturel, et la persistance de l'hémorrhagie en serait peut-être bien plutôt l'effet que la cause.

M. Michon pense qu'une ou deux hémorrhagies sont insuffisantes pour amener le développement d'une artère; il faut que les pertes de sang aient été plus nombreuses. On trouve des exemples de pareils développements dans Hogdson et dans la thèse de Sanson. Quant à la question de la gravité plus grande de la ligature de l'axillalre comparée à celle de la brachiale, M. Michon la résout par l'affirmative. A son sens, cette ligature est plus dlfficile, parce qu'il y a dans le mode opératoire moins de précision, parce que l'artère offre avec la veine et le plexus une connexion intime; elle est plus dangereuse parce que le tissu cellulaire ambiant se prête plus au développement du phlegmon, que l'inflammation gagne plus promptement le tronc, et enfin parce qu'elle fournit moins de chances aux moyens hémostatlques dans le cas d'une hémorrhagie secondaire.

Les raisons anatomiques que l'on invoque pour donner la préférence à la ligature de l'artère axillaire ne paraissent pas très plausibles à M. Michon, car les anastomoses entre l'axillaire et la partie supérieure de la brachiale sont encore assez nombreuses. Il faut enfin considérer que la ligature de l'artère brachiale a fait ses preuves; tandis que l'autre n'est encore qu'à son début, et qu'on n'en peut citer qu'un seul fait. C'est donc, en définitive, une question à étudler, et sur laquelle il serait au moins téméraire de se prononcer actuellement.

M. Robert n'a pas posé le précepte d'une manière formelle; il a seulement voulu y attirer l'attention de la Société. Mais si, dans la préférence à donner à la ligature de l'artère axillaire, il a été mu par cette considération qu'avec elle on évite une foule d'anastomoses, il a pensé aussi que dans un grand nombre de cas la brachiale se divise en deux troncs à son origine, et qu'en voulant la lier on pourrait tomber sur une semblable anomalie.

La difficulté de cette ligature n'est pas aussi grande qu'on

veut bien le dire, si l'on suit le procédé de Lisfranc et qu'on mette l'artère à découvert sur la tête de l'humérus.

Quant au développement de l'artère collatérale qu'il a cité, M. Robert reste convaincu qu'il était morbide, et le résultat des hémorrhagies. Il croit que si les artères se dilatent dans l'anévrisme artérioso-veineux, c'est sous l'influence de l'élément inflammatoire. C'est ce développement par inflammation des artères que Breschet a désigné sous le nom d'anévrisme circoïde.

M. Morel élève des doutes sur l'exactitude de l'observation de M. Robert; aussi il lui demande si, comme il y a longtemps qu'elle a été recueillie, il ne s'abuse pas sur ses détails. Il lui paraît, en effet, bien difficile d'admettre qu'un stylet ait pu pénétrer aussi facilement dans l'artère collatérale du petit doigt, sans qu'il y ait eu une hémorrhagie très abondante.

M. Robert répond que le fait est resté très exactement dans sa mémoire, et que, depuis vingt ans qu'il l'a observé, il a toujours été au guet pour en trouver un autre semblable.

M. Denonvilliers fait remarquer que, physiologiquement, une artère blessée qui donne lieu à une hémorrhagie doit diminuer, puisqu'elle n'a plus à supporter la série d'efforts successifs qui, dans le jeu normal de ces vaisseaux, doit vaincre une série d'arrêts opposés. Si alors leurs parois n'étaient pas soutenues elles devraient se distendre, tandis que dans les cas de plaie il y a une porte ouverte au sang, et par conséquent moins d'action de sa part sur ces parois. Dans l'anévrisme artérioso-veineux, l'augmentation de volume s'explique par la nature même de la lésion. L'artère verse son sang dans une grosse veine qui est pourvue de valvules, lesquelles offrent un obstacle au sang; celui-ci rentre dans les anastomoses, les distend, rend la circulation plus active, et de là l'hypertrophie de l'artère. Il n'y a donc aucune comparaison à établir entre une plaie d'artère lais-

sant échapper facilement le sang à l'extérieur, et une plaie communiquant avec une veine.

M. Loir a vu toutes les artères dilatées sur le membre d'un sujet affecté d'un ulcère variqueux qui avait été le siége de fréquentes hémorrhagies. Il s'était demandé si cette dilatation n'était pas la suite d'hémorrhagies répétées.

M. Nélaton ne croit pas qu'il soit encore prouvé que, quand il y a hémorrhagie, il passe plus de sang par une artère; car on doit supposer qu'on a toujours fait quelque chose pour l'arrêter.

M. Lenoir rappelle que lorsqu'on a tué un animal par hémorrhagie, on trouve les artères plus petites et revenues sur elles-mêmes par suite de la contractilité qui leur est propre.

M. Maisonneuve a toujours remarqué que quand on lie une artère et qu'on l'oblitère, le sang vient frapper avec force, et pourtant elle diminue. Cette diminution, sous l'influence de l'arrêt que le sang éprouve, est en opposition avec la théorie développée par M. Denonvilliers.

M. Huguier soutient qu'il n'y a pas contradiction, parce que l'artère se rétrécit bien jusqu'à la première collatérale, mais ensuite le tronc lui-même augmente.

Séance du 12 avril 1848.

Présidence de M. Robert.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. Deguise père donne à la Société quelques détails sur le projet d'organisation des chirurgiens de la garde nationale.

— M. Deguise fils lit un travail sur la luxation complète en avant de l'articulation fémoro-tibiale.

M. Nélaton félicite M. Deguise d'avoir insisté sur la position de la rotule comme pouvant servir à distinguer la

luxation complète et la luxation incomplète, et d'avoir confirmé par des recherches cadavériques les assertions de M. Malgaigne sur ce point. Il eût désiré seulement que M. Deguise insistât de la même manière sur l'étendue du diamètre antéro-postérieur du genou ; pour qu'une luxation en avant soit admise comme complète, il est nécessaire que ce diamètre soit devenu double de celui que présente l'extrémité inférieure du fémur dans l'état normal.

M. Deguise répond qu'il a fait mention et qu'il a tenu compte de cet agrandissement dans le sens antéro-postérieur. Il est vrai qu'il n'a pas donné des mesures rigoureuses, comme on aurait pu le faire en se servant d'un compas d'épaisseur.

M. Morel-Lavallée rappelle qu'il faut encore, pour le diagnostic des luxations complètes et incomplètes du genou, tenir grand compte du raccourcissement ; s'il existe en effet, on ne peut douter qu'il s'agit d'une luxation complète. M. Deguise, en parlant des lésions concomitantes graves qui peuvent nécessiter l'amputation, a mentionné la déchirure de l'artère poplitée ; M. Morel fait observer à cet égard que plusieurs chirurgiens, et surtout Dupuytren, ont conseillé, dans les fractures comminutives avec déchirure d'une grosse artère, la ligature par la méthode d'Anel, et ont réussi de cette manière à conserver les membres blessés. M. Morel pense que la même pratique pourrait être adoptée pour les luxations du genou en avant avec blessure de l'artère poplitée.

M. Loir fait observer qu'il est un moyen utile pour apprécier le volume du membre blessé, c'est de le comparer attentivement avec le membre resté sain.

M. Deguise fils répond à M. Morel que, s'il a regardé la rupture de l'artère comme un cas d'amputation, c'est parce que la veine est en général rompue en même temps dans ces luxations, et que cette blessure simultanée des deux vais-

seaux rend inutile la ligature et ne mettrait pas suffisamment à l'abri de la gangrène.

M. Morel cite un cas dans lequel, à la suite d'une contusion violente, l'artère poplitée fut déchirée seule, et la veine resta intacte. Il est vrai que dans ce cas il n'y eut pas de luxation ; mais la même chose pourrait peut-être avoir lieu dans celle-ci.

M. Deguise croit, d'un autre côté, que si l'artère a été intéressée, les désordres sont beaucoup trop grands pour qu'on puisse songer à la conservation du membre. En effet, dans les expériences sur le cadavre, pour opérer la déchirure de l'artère, il était obligé d'amener la face antérieure de la jambe au contact avec la face antérieure de la cuisse ; il est donc probable que si la blessure de l'artère a lieu sur le vivant, la violence extérieure aura produit en même temps un délabrement considérable.

M. Nélaton pense que la question pratique soulevée par M. Morel doit être posée de la manière suivante : une luxation étant donnée, on reconnaît que les artères tibiales et la pédieuse ont cessé de battre, et l'on soupçonne que cette absence de battements est due à la déchirure de l'artère poplitée, que fera-t-on ? M. Morel paraît croire qu'il faudra pratiquer la ligature suivant la méthode d'Anel. M. Nélaton ne serait point de cet avis ; car il est possible que l'artère soit oblitérée spontanément par le retrait de sa tunique celluleuse, ainsi que cela arrive dans les plaies par arrachement. Il vaudra donc mieux alors réduire et attendre ; mais si l'on constate, avec la luxation et l'absence de battements dans les tibiales et la pédieuse, un anévrisme faux primitif, que doit-on faire ? La ligature sera-t-elle suffisante ? M. Nélaton ne le croit pas ; car il y a à redouter les conséquences d'un grand épanchement de sang dans une articulation fortement délabrée ; l'amputation vaudrait mieux. M. Nélaton reconnaît d'ailleurs que le cas serait difficile et embarrassant.

M. Huguier pense que, même dans le dernier cas posé par M. Nélaton, on pourrait réduire, faire la ligature de l'artère et attendre.

M. Morel tient à relever cette assertion de M. Nélaton qu'en cas de rupture l'artère peut s'effiler, s'oblitérer, et l'épanchement de sang n'avoir pas lieu. M. Morel pense qu'on a ici confondu deux cas qu'il importe de distinguer : celui où la rupture de l'artère s'accompagne de la rupture de toutes les autres parties molles du membre (arrachement), et celui où l'artère se rompt quand les autres parties molles du membre résistent plus ou moins complétement, notamment le plus grand nombre des muscles et la peau. Dans le premier cas l'hémorrhagie est l'exception, et les auteurs ont raison; dans l'autre elle est la règle, et c'est ici qu'est l'erreur, comme le montreni les faits observés par Floubert dans des tentatives de réduction de luxations anciennes. Boyer exerçait dans un but analogue des tractions énergiques sur la cuisse, et, comme je l'ai vu moi-même, sur l'artère poplitée, pendant le redressement d'une ankylose du genou par la machine Louvrier, etc. Je reviendrai ailleurs sur ce point important; mais c'est une distinction que je recommande à l'attention des chirurgiens.

M. Nélaton ne conteste pas les faits observés ou cités par M. Morel; mais si l'artère rompue laisse échapper le sang dans certains cas, il en est d'autres, incontestables, sous lesquels elle s'oblitère.

La séance est levée à cinq heures.

Séance du 19 *avril* 1848.

Présidence de M. Chassaignac.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. Escallier lit un travail sur deux cas de tumeurs variqueuses du cordon spermatique, dont l'inflammation a été

suivie de suppuration et de mort. (Commissaires : MM. Michon, Monod et Nélaton.)

— M. Huguier donne des renseignements sur un malade qu'il avait soumis, dans la dernière séance, à l'examen de la Société. Ce malade portait sur le moignon de l'épaule droite une tumeur allongée qui proéminait pendant l'abaissement du bras, et qui pendant l'élévation pouvait être refoulée facilement sous le muscle deltoïde; elle était fluctuante à sa partie inférieure, et paraissait solide vers le haut. Plusieurs personnes avaient pensé qu'il s'agissait d'un kyste, d'autres croyaient à un lipome. M. Huguier a dernièrement opéré ce malade. Il a commencé par plonger un trois-quarts dans la tumeur : un pus crémeux s'est écoulé; une large incision a dès lors été faite et a donné issue à une très grande quantité de pus. Après l'évacuation, une nouvelle tumeur arrondie s'est présentée; incisée à son tour, elle a encore laissé échapper du pus. La tumeur qui paraissait dure et solide vers la partie supérieure a ensuite été examinée et ouverte; c'était encore un abcès; enfin plusieurs autres petits foyers profonds et adhérents au périoste ont été constatés. En définitive, il ne s'agissait ni d'un kyste, ni d'un lipome, ainsi qu'on avait pu le croire; mais bien d'abcès multiples et disposés à la manière d'une grappe sur le périoste de l'humérus. Le plus volumineux de ces abcès avait écarté les fibres du deltoïde vers sa partie moyenne, et venait proéminer sous la peau.

M. Morel-Lavallée, qui a assisté à l'opération de M. Huguier, ajoute que plusieurs de ces tumeurs renfermaient une matière concrète; il s'est demandé si cette matière était du pus concret ou de la substance tuberculeuse non encore ramollie, et si les autres abcès n'auraient pas été le résultat d'un ramollissement de tubercules.



— M. Huguier présente en outre à la Société la partie inférieure du fémur droit d'un jeune militaire qui avait eu la cuisse traversée par une balle dans la soirée du 23 fé-

vrier. La balle avait passé de part en part, et fracturé comminutivement le fémur. Après avoir enlevé plusieurs esquilles, M. Huguier s'était déterminé à tenter la conservation du membre, et avait appliqué un appareil à extension continue. La suppuration devint abondante; de nouvelles esquilles furent extraites; plusieurs incisions durent être pratiquées. Puis le malade s'affaiblit, fut pris de diarrhée, et l'amputation devint nécessaire. On voit sur la pièce un certain nombre d'esquilles encore adhérentes aux parties molles et qui ont continué de vivre, d'autres qui sont nécrosées sur une de leurs faces et point sur l'autre. Il en est une qui est complétement retournée; sa face interne, devenue externe, était encore adhérente et vivait; l'autre face était nécrosée. Malgré ces lésions, les fragments étaient réunis par un cal déjà solide, mais au milieu duquel se trouvaient placés les esquilles et le foyer principal de la suppuration.

— M. Deguise fils montre à la Société un enfant âgé de vingt-six jours, qui est venu au monde avec un pied-bot talus très prononcé et une fracture du tibia ; ces deux lésions se trouvent à la jambe gauche. M. Deguise a déjà essayé inutilement les moyens ordinaires, et la fracture ne s'est pas consolidée ; il consulte la Société sur ce qu'il y aurait à faire pour cet enfant.

M. Morel pense que, pour décider la question de savoir si cette fracture de la jambe a eu lieu pendant la grossesse ou pendant l'accouchement, il serait important de dire si, durant les premiers jours de la vie, on a constaté les douleurs et la tuméfaction qui suivent les fractures récentes.

M. Deguise répond qu'il a vu l'enfant pour la première fois deux jours après la naissance, et que les choses étaient dans l'état où on les voit aujourd'hui, c'est-à-dire sans tuméfaction ; c'est pourquoi il a pensé que la fracture avait eu lieu dans le sein de la mère.

M. Morel croit, d'après ces renseignements, que cette

solution de continuité est antérieure à la naissance, et qu'elle tient à un défaut de réunion des parties supérieure et inférieure du tibia.

M. Maisonneuve est d'avis que l'on doit avant tout s'occuper de la fracture, et propose de mettre en usage l'acupuncture, qui a réussi déjà entre les mains de M. Lenoir; il voudrait donc que l'on introduisît entre les fragments deux ou trois aiguilles, et qu'on les laissât séjourner quelques heures, au besoin même plusieurs jours; puis on appliquerait un appareil dextriné. Si ces moyens ne réussissaient pas, il faudrait recourir au séton. Du reste, M. Maisonneuve porte un pronostic fâcheux, parce que le tibia seul est fracturé; c'est dans ce cas, en effet, qu'il a le plus souvent observé des fausses articulations rebelles à la suite des fractures de la jambe. Plus tard, enfin, on pourrait s'occuper du pied-bot, et le traiter efficacement par la ténotomie et les moyens orthopédiques.

M. Guersant partage l'opinion de M. Maisonneuve sur le traitement de la fracture; il n'en est pas de même pour le pied-bot. Dans les cas aussi compliqués que l'est celui-ci, il a le plus souvent vu échouer tous les moyens proposés.

— La séance est levée à cinq heures.

Séance du 3 mai 1848.

Présidence de M. Robert.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend une lettre de M. Laugier, qui donne sa démission de membre de la Société.

— M. Huguier fait voir un homme dont la maladie lui paraît très curieuse et exceptionnelle. Il y a trente-trois jours, cet individu, tirant une petite charrette, tomba sur le pavé la tête en avant. Dans les premiers jours qui suivirent la

chute, il n'y eut pas d'accidents; puis peu à peu on observa la contracture des paupières, la dilatation des ailes du nez, de la commissure des lèvres qui était portée en bas et en dehors, la contraction du masséter qui rendait difficile l'ouverture de la bouche. A ces symptômes d'une forme particulière de tétanos, il se joignit bientôt de la difficulté de fléchir le tronc en avant, un léger renversement en arrière, et enfin de l'oppression sans aucun trouble intellectuel. Le malade fut saigné d'abord, et ensuite soumis au chloroforme. Aujourd'hui on en est à la septième séance, et la contracture musculaire commence à être beaucoup moins intense.

M. Robert ne croit pas qu'il faille attribuer d'une manière absolue au chloroforme l'amélioration de l'état du malade; il pense que souvent cette forme de tétanos guérit par les seuls efforts de la nature. Il cite plusieurs cas de tétanos borné également aux muscles du visage, et qui ont guéri soit par les antispasmodiques, soit par les bains de vapeur. Il se rappelle, entre autres, un blessé de février qui avait une plaie du petit orteil, et qui fut pris de trismus et d'opisthotonos. On employa le chloroforme, qui augmenta les accidents; on mit en usage la belladone, ainsi que les bains de vapeur, et la guérison eut lieu.

M. Huguier a présenté ce malade plutôt comme une forme curieuse de tétanos borné aux muscles instinctifs du visage, que comme un cas de guérison par le chloroforme; il fait seulement remarquer que le malade s'en trouve très bien, qu'il en réclame lu-même l'application, et qu'il est mieux depuis son emploi.

— M. Huguier donne des nouvelles des deux malades dont il a entretenu la Société dans la dernière séance. Celui qui a subi l'amputation de la cuisse est dans un état très satisfaisant; la plaie est presque cicatrisée. L'autre, qui portait une collection purulente à la partie externe du bras, est moins bien ; l'os est dénudé, il y a une suppuration abon-

dante, et il est à craindre qu'on ne soit obligé de désarticuler le bras. M. Huguier a de fortes raisons de croire que la cavité glénoïde est saine.

— M. Robert rend compte d'une opération de taille bilatérale qu'il a pratiquée il y a deux mois avec les particularités suivantes. Un jeune homme accusait depuis longtemps de grandes douleurs du côté des voies urinaires. En le sondant, on trouvait la pierre si près du col, qu'on pouvait croire qu'elle était dans la prostate. La vessie ouverte, M. Robert ne trouva plus le calcul; il retira les tenettes, introduisit le doigt aussi avant que possible et rencontra le calcul appendu, pour ainsi dire, au sommet de la vessie, et le saisit avec des pinces à anneaux glissées sur son doigt, et en fit l'extraction, non sans être obligé d'employer un peu de force. Le jour même de l'opération, le malade prit un bain de deux heures, et il fut soumis aux irrigations continues, d'abord dégourdies, et ensuite à la température ambiante. M. Robert reconnaît à ce moyen, préconisé par Auguste Bérard, un double avantage, celui d'empêcher le contact de l'urine, et celui de prévenir l'inflammation. Ce jeune homme a, du reste, bien guéri.

M. Morel a observé, dans le service de M. Gerdy, un vieillard de quatre-vingt-cinq ans qui pissait le sang, et dont l'émission de l'urine était très difficile ou impossible. En le sondant, on arrivait bien dans la vessie, et en faisant décrire à la sonde un arc de cercle, on rencontrait toujours le calcul, ce qui faisait croire qu'il était énorme. Le malade mourut sans qu'il songeât à le tailler. A l'autopsie, on trouva la vessie assez raccornie, qui contenait une pierre située perpendiculairement derrière la prostate, et qui constituait une espèce de soupape. Il y avait des abcès dans les reins.

M. Michon ne met pas en doute le diagnostic de M. Robert sur la situation de la pierre pendant l'exploration; mais il lui paraît difficile de comprendre comment elle a pu être sentie si près du col, puisqu'elle était retenue au sommet de

la vessie; aussi il est plus probable qu'il s'est passé ici un phénomène qui n'est pas très rare dans certaines opérations de taille; à savoir, que, quand la vessie est ouverte, elle se vide par saccades, et la pierre se trouve retenue par le sommet et coiffée par lui, de telle sorte qu'on peut croire qu'elle est enchatonnée, ou que la vessie est multiloculaire; ce qui porte M. Michon à penser que les choses ont dû se passer comme il l'indique chez le malade de M. Robert, c'est qu'on ne trouve absolument rien sur la pierre qui démontre les adhérences.

M. Robert admet difficilement qu'une contraction de la vessie soit assez puissante pour retenir ainsi un calcul, d'autant que pour l'extraire il avait été obligé de tordre, comme lorsqu'on fait l'arrachement d'un polype; cependant il reconnaît qu'il n'y a pas d'aspérités sur la pierre, et qu'au moment de l'opération il n'y avait pas non plus sur elle de prolongements muqueux.

M. Michon a pratiqué la taille bilatérale sur un malade que Sanson avait lithotritié. La vessie contenait sept calculs, qu'il fallut une certaine force pour séparer. Le dernier était retenu au sommet de la vessie par le mécanisme qu'il vient d'indiquer.

M. Loir pense que le diagnostic porté sur la situation du calcul dans le cas rapporté par M. Robert, a pu tenir à la position du malade.

M. Guersant a eu une seule fois à faire l'extraction d'une pierre adhérente. Elle était carrée et rugueuse; elle résistait à la traction, et en la lâchant on voyait qu'elle remontait dans la vessie. Il fallut employer la torsion pour l'extraire.

M. Chassaignac rend compte d'une opération de lithotritie qu'il a faite à une petite fille de trois ans qui était convalescente de la rougeole. Il y eut d'abord de l'amélioration du côté de la vessie; mais il survint une entérite qui emporta la malade.

M. Chassaignac regrette d'avoir opéré si peu de temps après une fièvre éruptive, et c'est à cette circonstance qu'il attribue l'issue fâcheuse qui a eu lieu ; car à l'autopsie on ne trouva aucun signe d'inflammation vésicale.

M. Guersant a perdu la plupart des malades auxquels il a pratiqué des opérations pendant la convalescence de la rougeole, de la variole ou de la scarlatine.

M. Chassaignac a souvent eu occasion de déplorer l'impuissance des moyens ordinairement employés contre la stomatite gangréneuse. Aussi il s'empresse de faire savoir à la Société qu'il a obtenu des résultats très satisfaisants des attouchements avec l'acide chlorhydrique accompagnés de douches buccales.

M. Lenoir demande à ce propos, à M. Chassaignac, s'il est vrai, comme il l'a entendu dire, que les douches oculaires qu'il a préconisées soient une cause fréquente de pleurésies qui feraient périr les malades.

M. Chassaignac répond que ce bruit n'a aucune espèce de fondement, et que depuis l'établissement des douches il y a une grande diminution dans la mortalité, par ce seul fait que les enfants guérissent plus vite, restent moins de temps à l'hôpital.

Séance levée à cinq heures.

Séance du 10 *mai* 1848.

Présidence de M. Robert.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— M. Chassaignac adresse sa démission de vice-président.

— M. Huguier présente le bras qu'il a désarticulé au malade dont il a à plusieurs reprises entretenu la Société. On constate sur ce membre, qui a été disséqué avec soin, que l'humérus est nécrosé dans une partie de sa largeur. Il

y a une solution de continuité au niveau du cal chirurgical, et, vers l'endroit où existait la collection purulente, on pénètre dans une anfractuosité profonde. Quelques poches hydatiques sont adhérentes à l'os, et l'on trouve dans toute la longueur des vaisseaux et des nerfs, du bras et de l'avant-bras des productions d'apparence tuberculeuse.

— M. MAISONNEUVE rend compte d'une opération de hernie étranglée qu'il vient de pratiquer dans les circonstances suivantes : Un vieillard, atteint d'une hernie inguinale vaginale, éprouva tous les symptômes d'un étranglement, auquel on oppose des tentatives infructueuses de réduction. Lorsque M. Maisonneuve vit le malade, il reconnut que la hernie n'était pas réduite et que l'intestin avait été rompu sous les efforts du taxis. Il opéra, et il trouva effectivement sur l'intestin une plaie triangulaire d'un centimètre et demi d'étendue. Reconnaissant que l'intestin n'était pas très altéré, qu'il ne présentait pas de ramollissement ni d'apparence de gangrène et que sa lésion ne dépendait que de la manœuvre violente qui avait été employée, il pratiqua d'abord le débridement, puis fit la suture de Gély et réduisit. Il réunit ensuite immédiatement la plaie d'incision au moyen de la suture enchevillée profonde et tout à fait superficiellement par la suture en surjet. Il y a huit jours que l'opération a été pratiquée, la réunion par première intention a eu lieu, et aujourd'hui le malade est guéri.

M. VIDAL (de Cassis) a constaté une réunion immédiate sur une femme qu'il avait opérée d'une hernie crurale peu volumineuse. L'opération avait été faite rapidement, et la plaie avait été réunie par les bandelettes agglutinatives. Le troisième jour, la réunion était complète sans qu'il y ait eu aucun suintement. Ici le cas est plus extraordinaire, puisque c'était chez un vieillard et que la plaie avait quinze centimètres d'étendue. M. Vidal ajoute qu'il voit souvent ces réunions sans suppuration après l'opération du phymosis

faite suivant sa méthode et avec l'attention de retirer les sutures dès le troisième jour.

M. Deguise père se demande si la déchirure de l'intestin n'indique pas qu'il était malade préalablement. S'il en était ainsi, la suture de la plaie extérieure lui paraîtrait une mauvaise pratique.

M. Maisonneuve a souvent employé la suture avec succès, et il pense qu'on devrait l'appliquer à tous les cas. Une fois même ayant été dans la nécessité de faire une seconde opération sur l'intestin, il ne s'était pas mal trouvé de la suture. Il fait remarquer qu'ordinairement on panse à plat, et qu'on laisse une communication libre entre l'extérieur et la cavité abdominale, de sorte que l'on ne s'y prendrait pas autrement pour déterminer une péritonite. Les plaies résultant de l'opération de la hernie étranglée lui paraissent donc réclamer la suture plus qu'aucune de celles où l'on craint l'inflammation. C'est la sixième fois qu'il a recours à ce moyen, et il n'a perdu aucun de ses malades.

M. Nélaton réunit toujours par première intention après l'opération de la hernie étranglée, soit au moyen des bandelettes, soit par des points de suture; il a constamment eu des succès, jusqu'à il y a huit jours où il a eu à opérer une hernie inguinale peu volumineuse, il chercha à opérer une hernie inguinale peu volumineuse. Il chercha à obtenir une réunion immédiate; mais le lendemain il observa dans les environs de la plaie une rougeur qui rappelait celle de l'infiltration urineuse. Craignant la formation de fusées purulentes, il écarta les lèvres de la plaie, et il s'en écoula une sérosité fétide. Au bout de quelques jours il y avait une mortification étendue du tissu cellulaire. M. Nélaton s'est demandé si dans ce cas la réunion par première intention n'était pas la cause de cette infiltration.

M. Monod partage l'opinion de M. Maisonneuve sur l'opportunité de la suture, et c'est la suture entortillée qu'il préfère. Il lui est arrivé maintes fois d'obtenir une réunion

sans suppuration dans l'espace de trente-six à quarante-huit heures. Dans quelques cas d'insuccès qu'il a eu à déplorer, il s'était aussi demandé s'il n'aurait pas été préférable de laisser un libre cours au dehors à la sérosité péritonéale. Quant à la suture de l'intestin suivant le procédé de M. Gély, ce n'est pas la première fois qu'il est employé dans un cas de hernie étranglée, et M. Monod rappelle qu'il en a communiqué à la Société une observation pour une hernie ombilicale.

M. Michon pense que la réunion immédiate n'est pas applicable à tous les cas, et principalement à ceux dans lesquels la hernie a été fortement contusionnée par les efforts du taxis, ou bien encore lorsque des sangsues ont été appliquées. Il a eu pour son compte un bon nombre de succès de hernies étranglées, et le plus ordinairement il ne réunit pas. Il a souvent vu des accidents et surtout des abus du sac dans le service du Dupuytren, qui avait pris d'Astley-Cooper, lors de son premier voyage à Paris, cette pratique de la réunion immédiate.

M. Vidal (de Cassis) avait la conviction, à son arrivée à Paris en 1826, que l'opération de la hernie étranglée était très simple, et cette conviction il l'avait puisée dans la pratique de Moulon (de Marseille), qui réunissait toujours par première intention. Ce praticien ne faisait jamais de tentatives de taxis, il saignait les malades, les baignait, appliquait des sangsues à l'anus, et si l'étranglement persistait il opérait. M. Vidal a conservé les principes de son vieux maître, et sur vingt-cinq opérations il a obtenu vingt-deux succès. Un entre autres à l'hôpital Necker en 1832, chez une femme atteinte du choléra. Il ne doute pas que, quand les suites de l'opération de la herniotomie sont malheureuses, c'est que la tumeur a été malaxée, c'est qu'on opère trop tard, et enfin c'est qu'on emploie la réunion médiate. Il rappelle que M. Manec, qui suit sa méthode, obtient

des résultats très avantageux chez les vieilles femmes de la Salpêtrière.

M. Nélaton fait remarquer que les succès obtenus par M. Manec tiennent à ce que les hernies sont beaucoup moins graves chez les vieillards que chez les jeunes gens. Une fois ayant fait une opération sur un homme âgé de quatre-vingt-deux ans, au bout de quelques jours les intestins ressortirent; il les fit rentrer, et le malade guérit.

Séance du 24 mai 1848.

Présidence de M. Robert.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— M. Chassaignac dépose sur le bureau deux exemplaires de la pétition contre le cumul adressée à l'assemblée nationale.

— L'ordre du jour appelle la nomination d'un vice-président en remplacement de M. Chassaignac, démissionnaire. M. Cullerier, ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé vice-président.

— M. Monod fait voir une portion du fémur qu'il a réséquée dans les circonstances suivantes :

Il avait pratiqué l'amputation de la cuisse à un jeune homme; quelques jours après l'opération, la plaie se recouvrit d'une couche pseudo-membraneuse grisâtre; il y eut rétraction des muscles, conicité du moignon et saillie de l'os, qui était à nu. Avant d'en venir à la résection, M. Monod attendit quelque temps, l'exfoliation pouvant s'étendre très haut. Lorsqu'il pensa que la mortification osseuse était bornée, il se décida à opérer. Il fit une incision au côté externe du moignon, dégagea l'os des chairs adhérentes, les repoussa en haut et fit la résection au moyen d'une scie ordinaire. Il y a trois semaines que l'opération a été pratiquée, et aujourd'hui le malade est en voie de guérison.

4.

On constate sur la pièce l'existence d'une périostite et la production d'une portion osseuse nouvelle, qui, par sa forme en champignon, s'opposait au retour des parties molles sur l'extrémité de l'os.

M. Monod rappelle la discussion soulevée dans le sein de l'Académie royale de chirurgie à l'occasion de résections semblables; l'opinion de Sabatier, grand partisan de l'opération; celle de M. Cloquet, qui lui est opposée, parce qu'il la considère comme une amputation nouvelle exposant le malade à tous ses dangers. Toutefois, M. Monod ne saurait partager les craintes émises par M. Cloquet, par cette raison qu'ici, les vaisseaux pouvant être évités, la phlébite n'est pas à redouter. M. Monod termine sa communication en faisant remarquer que, l'emploi du chloroforme paraissant exposer davantage à la conicité du moignon par absence de la rétraction musculaire, il est nécessaire de faire la section de l'os plus haut.

M. Chassaignac, en faisant ces jours derniers une amputation de jambe, le malade ayant été rendu insensible par le chloroforme, a été frappé de la force de contractilité musculaire sous le contact des pinces destinées à faire les ligatures.

M. Lenoir a déjà signalé dans la presse médicale l'inconvénient d'absence de rétraction dont vient de parler M. Monod, et il a donné le conseil de l'éviter en ayant la précaution de faire relever plus fortement les chairs par les aides.

M. Monod pense que la cause la plus fréquente de la conicité du moignon, c'est l'inflammation qui l'envahit. Dans le fait qu'il vient de rapporter, c'était là la cause véritable.

M. Huguier attribue la conicité à la rétraction lente des tissus sous l'influence de la périostite, qui détruit l'insertion des muscles sur ce prolongement fibreux; aussi l'os est-il dénudé avant de se nécroser; ce décollement se fait voir surtout aux membres à un seul os, les insertions musculai-

res y étant moins multipliées ; la conséquence de cette théorie, c'est de donner tous ses soins à éviter la périostite.

— M. Deguise père fait voir uue femme qui porte sur les parties latérales de la tête une tumeur de nature douteuse. La discussion de ce cas, sur lequel il sera pris des renseignements, est renvoyée à la prochaine séance.

— M. Chassaignac présente l'intestin gangrené et la vessie normale de l'enfant auquel il a pratiqué la lithotritie et dont il a raconté déjà l'histoire à la Société.

M. Nélaton prend occasion de ce fait pour rappeler un traitement des calculs chez la femme, qui est à peu près tombé en désuétude parmi les chirurgiens français ; c'est celui de la dilatation de l'urètre qui a souvent réussi à Astley Cooper, et au moyen duquel il a retiré des calculs d'un certain volume.

M. Chassaignac y avait songé pour la petite fille qu'il a opérée ; mais il avait reconnu dès l'abord, au volume du calcul, l'impossibilité de lui faire franchir le canal.

M. Lenoir a mis en usage la dilatation de l'urètre pour retirer de la vessie d'une femme qui avait eu le bassin fracturé une esquille encroûtée. Il est d'avis que ce moyen peut être utile chez une femme d'un certain âge, mais qu'il serait impuissant chez une petite malade comme celle de M. Chassaignac et avec un calcul aussi volumineux.

M. Nélaton rapporte qu'Astley Cooper a retiré de la vessie, par la dilatation graduée du canal de l'urètre, une pierre de plus d'un pouce de diamètre.

M. Monod se rappelle une observation semblable où il est dit que le calcul avait le volume d'un œuf d'oie.

M. Robert voudrait d'autant plus que l'on revînt à des essais de dilatation de l'urètre que l'opération de la taille urétrale chez les femmes est presque toujours suivie de l'incontinence d'urine, et c'est pour lui un inconvénient tellement grave que, pour l'éviter, il lui préfère la taille hypogastrique.

— M. Chassaignac observe dans ce moment une dame affectée d'un rectocèle vaginal qui présente ceci de particulier, qu'il ne se produit que pendant un effort brusque et instantané, comme, par exemple, celui de l'éternuement. Il a déjà employé inutilement plusieurs moyens et, entre autres, différentes espèces de pessaires; il désirerait avoir l'avis de quelques membres de la Société qui ont eu à traiter cette affection.

M. Lenoir a vu deux cas semblables chez la mère et chez la fille, et sur toutes deux la tumeur était constante, et elle présentait ce signe pathognomonique du vrai rectocèle, que le doigt introduit dans le rectum reconnaissait la dilatation antérieure au-dessus du sphincter. Beaucoup de moyens ont été employés sur ces deux dames : les lotions et les injections astringentes de toute espèce, des raies de feu appliquées avec précaution dans la crainte de déterminer une perforation; mais tout a été inutile, et la maladie persiste.

M. Huguier n'a presque jamais vu de rectocèle chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants. Il pense qu'il coïncide souvent avec la déchirure de la fourchette. Il a songé à guérir cette affection par une opération. Voici celle qu'il propose, sans toutefois l'avoir encore appliquée sur le vivant : considérant que l'altération consiste dans l'affaiblissement du vagin et dans la dilatation du rectum, il enlèverait sur la paroi vaginale une lanière d'une certaine étendue; puis il ferait dans l'intérieur de l'intestin un pli vertical qui serait maintenu au moyen de quelques points de suture appliqués sur la plaie faite au vagin.

M. Loir voudrait qu'on essayât l'introduction dans le vagin d'une bouteille de gomme élastique qui produirait un effet plus efficace que les pessaires ordinaires.

M. Gosselin voit dans la discussion actuelle la preuve que les opinions ne sont pas bien fixées sur ce qu'il faut entendre par le nom de rectocèle; en effet, on a ainsi désigné plusieurs altérations différentes. Ainsi il peut y avoir pro-

lapsus de toute la paroi postérieure du vagin, et pourtant ce n'est pas plus un rectocèle que le prolapsus de la paroi antérieure n'est un cystocèle, puisque le rectum d'un côté et la vessie de l'autre restent complétement étrangers à la tumeur. Il peut y avoir relâchement de toute la cloison recto-vaginale, et enfin il peut y avoir dans la paroi postérieure du vagin des éraillures à travers lesquelles s'engage la paroi du rectum. C'est à cette dernière espèce, qui est très rare, mais dont il a vu deux exemples, que M. Gosselin voudrait que le nom de rectocèle fût réservé. Quant au traitement à mettre en usage, il avoue qu'il est assez difficile de le déterminer; cependant il doit dire qu'il a obtenu de bons effets de la ceinture hypogastrique.

M. Chassaignac fait remarquer que dans les cas cités par M. Lenoir la tumeur était constante, tandis que dans le sien elle n'apparaît que par intervalle et se produit subitement. Il ajoute que la malade a cru trouver une coïncidence entre l'apparition de la tumeur et la menstruation.

M. Lenoir a presque toujours vu le rectocèle vaginal chez des femmes qui avaient eu des enfants. Cependant on en a observé un cas chez une femme qui n'avait pas été mère. Il rappelle que M. Fleury a rapporté l'observation d'une malade chez laquelle la tumeur avait paru pendant l'accouchement, et qui fut guérie par le décubitus dorsal prolongé. Ce fait viendrait à l'appui de l'opinion qui donne comme une cause de rectocèle un commencement de déchirure centrale du périnée.

M. Huguier répète qu'il a vu au moins soixante cas de rectocèle vaginal, et que dans la plus grande majorité il y avait déchirure du périnée.

La séance est levée à cinq heures.

Séance du 31 *mai* 1848.

Présidence de M. Robert.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. Chassaignac annonce qu'il a examiné de nouveau la malade atteinte de rectocèle. La tumeur n'était pas sortie complétement; mais il y avait une tension douloureuse à la partie inférieure et postérieure du vagin, consécutivement à une purgation. Le doigt porté par le rectum est revenu en avant, en poussant au-devant de lui et faisant saillir davantage la tumeur. M. Chassaignac a constaté de plus une déchirure partielle du périnée. Quant au traitement, la malade fait des injections alumineuses, et la tumeur paraît sortir moins fréquemment.

— M. Colson, membre correspondant, présent à la séance, montre à la Société une fracture de la voûte crânienne. Un homme de soixante ans, travaillant dans une carrière, reçut sur la tête une pierre énorme par suite d'un éboulement. Amené sans connaissance à l'hôpital, il portait au côté gauche de la tête une plaie, au fond de laquelle on pouvait sentir une fracture avec enfoncement. M. Colson agrandit la plaie au moyen d'une incision en T, mit à nu la blessure du crâne, et appliqua une première couronne de trépan au-dessus de la pièce enfoncée. Par l'ouverture ainsi faite il conduisit une élévation, et chercha à relever cette pièce; mais ne pouvant y parvenir, il fit une seconde perforation au moyen de la tréphine immédiatement au-dessus de la fracture, dont la disposition ne permettait pas l'application de la couronne de trépan. Il put alors enlever la table externe de la pièce enfoncée, puis la table interne, et enfin un grand nombre d'esquilles. La connaissance revint; la paralysie cessa complétement; mais ce malade avait en même temps une lésion grave des côtes

et des poumons. Cette lésion amena la mort au huitième jour; ce qui n'eût probablement pas eu lieu si la blessure de la tête eût existé seule.

Sur la pièce que présente M. Colson, on voit les deux perforations faites au crâne et le trou résultant de l'ablation des esquilles; de plus, une portion de la table interne du crâne, de forme semi-lunaire, se trouve déjetée notablement en dedans, sans être détachée entièrement. Il y a donc là un exemple d'enfoncement partiel de la table interne sans fracture.

M. Chassaignac demande s'il y avait un épanchement sanguin, et si l'on a constaté des symptômes de compression.

M. Colson répond qu'il n'a pas trouvé de sang épanché, et que les symptômes de la compression se trouvaient masqués sans doute par ceux de la commotion. Ce qui justifie pleinement l'opération pratiquée, c'est l'amélioration prompte dont elle a été suivie.

M. Michon ne croit pas que l'on puisse regarder cette pièce comme un cas d'enfoncement sans fracture; car le fragment déprimé faisait partie d'une solution de continuité assez étendue, il tient encore par une portion des fibres osseux; mais il n'aurait pas pris cette situation si la table externe n'avait pas été elle-même fracturée. Il y a là enfoncement avec fracture incomplète de la table interne, et fracture complète de la table externe. M. Michon ne partage pas non plus l'opinion de M. Colson sur la guérison probable du malade, s'il n'avait pas eu une lésion grave de la poitrine; car à la suite des plaies de tête le malade est exposé à des accidents mortels pendant plus de quinze ou vingt jours après la lésion.

M. Huguier partage l'opinion de M. Michon sur l'interprétation de la pièce anatomique; en effet, qu'ont prétendu les auteurs en parlant d'enfoncement sans fracture? Ils ont voulu dire qu'une pièce osseuse pouvait se déprimer sans

qu'aucune solution de continuité eût lieu. Or ici il y a non-seulement fracture de table externe, mais rupture des lamelles du diploé au niveau de l'enfoncement, et même une fracture transversale de la pièce déprimée. Ce sont tout simplement quelques-unes des fibres les plus internes qui sont restées intactes et ont empêché la séparation complète du fragment. M. Huguier a, comme M. Michon, observé déjà des faits de cette espèce.

M. Chassaignac, tout en admettant les explications de MM. Michon et Huguier, regarde cependant cette lésion comme fort curieuse et exceptionnelle, en ce qu'elle montre une esquille du crâne qui a pu subir une inflexion considérable sans se briser complétement. Il n'est pas ordinaire qu'à un âge avancé les fibres osseuses puissent s'infléchir ainsi. Pour lui, il a eu l'occasion d'étudier un grand nombre de fractures du crâne, et il n'a jamais eu d'inclinaison semblable d'une esquille sans rupture complète.

M. Robert se souvient d'avoir eu deux faits tout pareils à celui-ci.

— M. Colson entretient la Société d'un autre cas de fracture du crâne avec enfoncement, observé sur un enfant de quinze ans. Il resta plusieurs jours sans connaissance. Appelé seulement au bout de huit jours, M. Colson trouva cet enfant atteint d'une danse de Saint-Gui; il ne céda pas aux instances qu'on lui faisait d'appliquer le trépan, et la guérison finit par arriver sans accidents.

— M. Maisonneuve annonce qu'il doit pratiquer une opération de taille par le procédé dont il a déjà entretenu la Société.

— M. Deguise père revient sur la malade affectée d'une tumeur crânienne, qu'il avait présentée dans la dernière séance; les questions qu'il lui a faites n'ont pas éclairé beaucoup le diagnostic. Cette femme a cinquante-cinq ans; jusqu'à l'âge de cinquante, elle s'est bien portée; elle assure n'avoir point eu de maladies syphilitiques, et ne présente

en ce moment aucune affection de la peau, ni des os. La tumeur s'est accrue peu à peu, sans occasionner de douleurs.

M. Gosselin croit, d'après le siége de la tumeur et tous ses caractères physiques, qu'elle ne s'est développée ni dans les parties molles extérieures, ni dans l'intérieur du crâne. Elle appartient donc au squelette, et ne peut être autre chose qu'une exostose ou un ostéosarcome; puisque les antécédents éloignent l'idée d'une exostose syphilitique, il est donc plus probable qu'il s'agit là d'un cancer osseux. Cependant il est prudent de donner l'iodure de potassium.

M. Chassaignac a senti sur la tumeur une crépitation qui a été très fugace; en outre, il a cru sentir de la fluctuation, et se prononcerait plutôt pour un kyste osseux.

— M. Chassaignac présente une pièce relative à une imperforation de l'anus chez un nouveau-né. On avait tenté inutilement une opération, sur laquelle M. Chassaignac n'a pas eu de renseignements; il voudrait qu'une discussion s'élevât sur l'opération la plus opportune dans les cas de cette espèce.

M. Lenoir a eu deux cas de ce genre à traiter. Dans le premier, on sentait au fond du cul-de-sac une membrane molle, qu'il suffit d'inciser. Dans l'autre, M. Lenoir est allé à la recherche du rectum; mais il ne parvint point à le trouver, et pratiqua l'anus artificiel par le procédé Littré. L'enfant succomba quelques jours après. M. Lenoir pense que si le rectum s'arrête trop haut, et si l'obstacle n'est pas membraneux, le rétablissement de la voie naturelle est difficile, et doit être, si on l'obtient, d'une grande incommodité pour l'enfant; car l'absence du sphincter permettra l'écoulement involontaire des matières fécales, et l'anus artificiel dans l'aine se prête mieux aux soins de propreté.

M. Robert croit se rappeler que, dans un Mémoire présenté à l'Académie de médecine, M. Goyrand a signalé comme constante la présence du sphincter dans les faits de ce genre.

M. Huguier pense d'ailleurs qu'il ne faut pas trop se préoccuper de l'absence du sphincter; car le toucher rectal démontre que les matières fécales s'arrêtent habituellement plus haut que l'anus, et, d'un autre côté, les sections et excisions du sphincter dans les opérations de fistules à l'anus ne sont point ordinairement suivies de l'incontinence des matières fécales. Quant aux soins de propreté, M. Huguier croit qu'on les emploierait plus facilement dans la région anale que dans la région iliaque, attendu que la première se prête mieux à une compression ayant pour but d'empêcher l'issue des matières.

M. Colson dit avoir publié, il y a quinze ans, l'observation d'un enfant qu'il avait opéré au quinzième jour seulement; l'anus existait et se terminait en cul-de-sac. M. Colson fit une ponction avec un bistouri droit, puis une incision cruciale avec le bistouri boutonné. Pendant quinze jours il n'a pas placé de mèche; mais, reconnaissant alors qu'il y avait tendance au resserrement, il fit construire une bougie à ventre; il arriva même qu'une fois la bougie mal fixée pénétra dans le rectum, et qu'il fallut aller la chercher avec des pinces. L'enfant a guéri, et n'a point conservé d'incontinence des matières fécales.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Séance du 7 juin 1848.

Présidence de M. Robert.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. Michon invite quelques-uns de ses collègues à voir un enfant nouveau-né qui lui paraît offrir une imperforation de l'anus avec des circonstances particulières.

M. Gosselin, à l'occasion du procès-verbal, représente à la Société la pièce relative à une imperforation de l'anus

qu'avait apportée M. Chassaignac. Cette pièce disséquée laisse voir le sphincter bien conformé.

M. Nélaton revient sur le traitement des imperforations congéniales de l'anus. Il a eu l'occasion de pratiquer plusieurs opérations ayant pour but le rétablissement de la voie naturelle, et il a réussi à l'obtenir. Dans d'autres cas, il n'a point rencontré le rectum, et a fait alors un anus contre nature lombaire, suivant la méthode de Callisen. Dans ces derniers cas, il a quelquefois cherché à introduire une sonde dans l'intestin ouvert, et à la pousser de haut en bas, de manière à la conduire jusqu'au cul-de-sac terminal de l'intestin, et à s'en servir comme de guide pour trouver le rectum par le périnée. Or, il ne lui a jamais été possible de faire arriver l'instrument aussi loin. M. Nélaton a d'ailleurs fait l'expérience sur des fœtus bien conformés. Après avoir ouvert le colon descendant dans la région lombaire gauche, il y a fait pénétrer une sonde, et n'est point parvenu à l'amener jusqu'à l'anus. Les circonvolutions de l'S iliaque apportent un obstacle invincible; et si l'on cherchait à le franchir en exerçant une forte pression, on traverserait l'intestin et on conduirait l'instrument dans le péritoine. M. Nélaton insiste sur cette difficulté, parce qu'on a donné le conseil d'employer la sonde de cette manière, et que ce conseil lui paraît dangereux.

Pour ce qui est du rétablissement des voies naturelles, M. Nélaton rappelle un fait dont il a déjà entretenu la Société. Il s'agissait d'une imperforation de l'anus avec ouverture du rectum dans le vagin. En vue de rétablir l'ouverture normale et de faire disparaître le vice anormal, M. Nélaton, après avoir pratiqué au périnée une incision en T, et disséqué un peu profondément, arriva jusqu'au rectum, que le doigt porté par le vagin lui permettait de sentir; il le coupa près de sa terminaison, l'amena jusqu'à l'extérieur et le fixa par des points de suture. Aucun accident ne survint du côté du périnée; mais au bout de huit jours, l'enfant fut

pris de muguet et succomba. L'intestin rectum avait pris des adhérences entre les deux faisceaux du sphincter, qui existaient comme sur la pièce de M. Chassaignac, et la fistule du vagin était oblitérée. Ces résultats sont bons à signaler, et complètent la première communication que M. Nélaton avait faite à l'époque où l'enfant était encore vivant.

M. HUGUIER ajoute une explication à l'impossibilité de faire pénétrer la sonde de haut en bas; c'est que, chez le fœtus à terme, le rectum n'est pas à gauche, mais bien à droite. M. Huguier a fait surtout cette observation sur les petites filles, chez lesquelles le rectum répond au côté droit de la matrice, tandis que plus tard il vient se placer à gauche.

Pour ce qui est de l'opération de l'anus artificiel, M. Huguier a eu l'occasion de la pratiquer, il y a trois ou quatre mois, sur un enfant chez laquelle le rectum se terminait aussi dans le vagin, à un centimètre environ de la fourchette; il fit une incision au périnée; puis, n'arrivant pas sur le rectum, il fit entrer par son ouverture vaginale une sonde cannelée qu'il dirigea de haut en bas, et sur laquelle il divisa sûrement le rectum et les parties molles. Il dirigea ensuite sur la cannelure un stylet aiguillé armé d'une mèche. Cette mèche fut changée deux fois, puis on cessa de ramener l'enfant, ce qui fait supposer à M. Huguier que la guérison a eu lieu.

M. MONOD s'élève contre cette dernière conclusion; il croit plutôt que l'enfant a succombé. Tous ceux qui ont fait des opérations de ce genre savent combien on rencontre de difficultés, et combien il faut de temps pour arriver, avec les mèches, à obtenir une ouverture suffisante. Les enfants meurent, en général, épuisés par une entérite.

M. ROBERT croit que le procédé suivi par M. Huguier était insuffisant, parce qu'il ne remédiait pas à l'ouverture anormale du vagin. M. Amussat a établi en principe qu'il fallait, en pareil cas, supprimer cette ouverture, en même

temps qu'on rétablissait l'anus naturel, et il a conseillé, dans ce but, le procédé dont a parlé M. Nélaton.

M. HUGUIER répond qu'il se proposait de faire disparaître plus tard l'ouverture du vagin, et que sa communication a eu surtout pour but de mentionner l'usage qu'il avait fait de la sonde cannelée.

M. LENOIR a vu dernièrement un enfant qui présentait le même vice de conformation dont ont parlé MM. Nélaton et Huguier. Il a pensé qu'il n'y avait pas indication d'opérer, puisque les matières sortaient aisément par le vagin; il émet l'opinion que ces opérations sont graves immédiatement après la naissance, et qu'elles offrent plus de chances de réussite à deux ou trois ans et même plus tard.

M. NÉLATON veut bien que ces raisons soient acceptées par les chirurgiens; mais les parents préfèrent le plus souvent une opération immédiate et toutes ses chances; M. Nélaton, d'ailleurs, n'est pas bien persuadé que la gravité soit moindre à un âge plus avancé.

M. GUERSANT, d'après les faits dont il a été témoin, croit qu'en général les opérations sanglantes donnent de meilleurs résultats chez les enfants très jeunes que chez les enfants plus âgés; ainsi, le bec-de-lièvre, la cataracte congéniale, et la plupart des opérations faites pour des vices de conformation, réussissent mieux peu de jours après la naissance qu'à deux ou trois ans.

M. MAISONNEUVE partage l'opinion de M. Guersant; il cite à l'appui trois opérations de staphyloraphie qu'il a pratiquées facilement sur des enfants à la mamelle; il est vrai que la réunion n'a pas eu lieu, mais néanmoins aucun accident n'est survenu.

— M. le docteur PITHA, de Prague, envoie, pour obtenir le titre de membre correspondant, un travail sur un cas remarquable de hernie. Commissaires : MM. Monod, Danyau et Marjolin.

— M. HUGUIER présente l'humérus desséché du malade

dont il a déjà entretenu plusieurs fois la Société ; cet os était le siége tout à la fois d'abcès tuberculeux, d'hydatides, de carie et de nécrose ; quatorze ans auparavant, ce malade s'était fait une fracture du bras à la jonction du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs, par la seule action de lancer une pierre ; probablement il y avait alors commencement de l'altération multiple qu'on observe actuellement. Le malade est d'ailleurs aujourd'hui presque guéri de la désarticulation de l'épaule qui lui a été pratiquée.

— M. Robert rend compte à la Société du fait suivant : Un travailleur a été pris ces jours derniers sous un éboulement de terre ; entre autres lésions, le scrotum a subi une si forte pression que les testicules ont été repoussés en avant et sont venus sortir par la peau du prépuce. Tous deux étaient à nu dans cette région ; on a pu les réduire avec facilité. Le malade est mort des suites d'une fracture comminutive du bassin ; on a trouvé la région scrotale infiltrée de sang, et l'on a pu reconnaître le trajet qu'avaient suivi les testicules dans le tissu cellulaire déchiré depuis la région scrotale jusqu'au prépuce.

M. Robert ne connaît pas d'exemple de déplacement aussi considérable de ces organes.

— M. Maisonneuve rend compte en peu de mots de l'opération de taille qu'il a pratiquée par son procédé ; la pierre avait 3 centimètres et demi de long sur 2 centimètres de large ; l'extraction a présenté quelques difficultés. Dès le soir et le lendemain, l'urine commençait à s'écouler en partie par la verge.

— M. Lenoir a fait aussi une opération de taille ces jours derniers sur un enfant de quatorze ans qui souffrait depuis quatre années et qui avait une incontinence d'urine. C'est la méthode latéralisée qui a été employée ; on a retiré d'abord un calcul saillant dans le col de la vessie et présentant à sa face inférieure deux rigoles par lesquelles s'engageait sans doute l'urine. Cette pierre une fois extraite, M.

Lenoir a reconnu qu'il s'en trouvait une seconde située plus haut, immobile et fortement enchatonnée. Il a été impossible de passer le doigt ni aucun instrument entre elle et la poche qui la contenait. L'extraction n'a pu être faite que par petits fragments, et après cette extraction le doigt entrait avec peine dans la cavité.

— La séance est levée à cinq heures.

Séance du 14 *juin* 1848.

Présidence de M. Robert.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

A l'occasion du procès-verbal, M. Nélaton revient sur l'opération faite par M. Amussat dans un cas d'anus imperforé, opération sur laquelle on avait donné des renseignements incomplets. Ce cas était remarquable par une double ouverture du vagin, l'une à sa place naturelle, l'autre à la place de l'anus, qui manquait entièrement. M. Amussat fit une incision transversale derrière l'ouverture postérieure, refoula en avant la portion correspondante du vagin, et alla chercher le rectum imperforé. Après l'avoir ouvert il l'attira au dehors et le fixa par des points de suture. L'enfant a guéri. A la fin de son mémoire, M. Amussat aime à conseiller ce procédé pour la plupart des imperforations de l'anus; mais il le prescrit pour les cas semblables à celui dont a parlé M. Nélaton, c'est-à-dire pour les anus ouverts dans le vagin. En conséquence, M. Nélaton a exécuté une opération semblable à celle de M. Amussat, mais pour un vice de conformation auquel ce dernier ne voulait pas l'appliquer.

— M. Chassaignac fait voir à la Société un enfant de trois à quatre ans, sur lequel il a incisé une encéphalocèle. La tumeur occupait la région occipitale. L'accoucheur avait senti immédiatement après la naissance de l'empâtement,

qu'il prit pour une collection sanguine, la tumeur augmenta peu à peu , offrit bientôt de la fluctuation et de la transparence. Dans ses recherches sur les tumeurs du crâne , M. Chassaignac n'avait pas trouvé un seul exemple de kyste simple à la surface de cette boîte osseuse; c'est pourquoi sa première pensée fut qu'il s'agissait là d'une encéphalocèle avec hydrocéphale. Cependant la tumeur présentant une grande mobilité , n'offrant aucune pulsation , aucun battement pendant les cris, M. Chassaignac crut qu'il s'agissait cette fois d'un kyste , et se décida à faire une ponction qui donna issue à un liquide très clair. La poche s'étant affaisée, il introduisit le manche d'un scalpel pour chercher s'il y avait une ouverture au crâne. N'en trouvant aucune, il se décida à agrandir l'ouverture , et fit des efforts pour arracher le kyste ; mais au milieu de ces efforts l'enfant parut éprouver des douleurs , et M. Chassaignac vit apparaître une portion incontestable de substance cérébrale; il a dès lors été convaincu qu'il s'agissait bien d'une encéphalocèle avec ouverture très petite au crâne, et que la paroi du kyste était fermée par la dure-mère. L'opération a été faite il y a dix jours, et l'enfant n'a éprouvé jusqu'ici aucun accident ; ce qu'il faut attribuer sans doute à l'étroitesse de l'orifice de communication avec la cavité crânienne.

M. Guersant rappelle à ce sujet l'observation d'un enfant qu'il a présenté autrefois à la Société , et qui portait au grand angle de l'œil une tumeur violacée regardée comme érectile par la plupart de ses collègues. L'incision a été faite et suivie de mort par encéphalite. M. Guersant connaît un autre fait dans lequel M. Manec n'ayant aucune raison pour soupçonner une encéphalocèle , a excisé la tumeur qui occupait la région frontale, et a enlevé involontairement un peu de substance cérébrale.

M. Robert fait observer que les douleurs signalées par M. Chassaignac semblent attester la sensibilité de la duremère. Dans le fait de M. Manec, on a fait une ligature après

l'incision, et cette ligature a occasionné aussi des douleurs qui viennent à l'appui de cette idée, que la dure-mère est sensible.

M. Chassaignac répond que, dans son observation, il a plutôt attribué les douleurs aux tractions sous l'influence desquelles le tissu fibreux est sensible, suivant la remarque de Bichat. M. Chassaignac ajoute qu'un chirurgien de Nantes, dont il a été l'élève, avait constaté la sensibilité de la dure-mère par l'action de la brosse.

M. Morel-Lavallée pense que, si la traction et l'incision de la dure-mère peuvent être regardées comme les causes de la douleur, il faut tenir compte aussi des adhérences de cette membrane avec les tissus voisins. Rien ne prouve que ces tissus, tiraillés eux-mêmes, n'aient pas été le slége des souffrances éprouvées par le malade de M. Chassaignac.

M. Denonvilliers, revenant sur le fait de M. Guersant, rappelle qu'à son avis l'erreur n'a pas été aussi complète qu'on l'a cru. Il y avait en effet une encéphalocèle qui a été méconnue, mais il y avait aussi une tumeur érectile recouvrant cette encéphalocèle. M. Denonvilliers l'a fait remarquer à la Société lors de la présentation de la pièce par M. Guersant.

— M. Robert fait voir une portion de fémur provenant d'une résection qu'il a pratiquée consécutivement à une amputation de la cuisse. Le malade avait été pris, à la suite d'une entorse, d'une ostéite du périnée qui s'était propagée à toute la longueur de cet os, et avait amené une nécrose de sa totalité. L'amputation de la cuisse dut être faite. Consécutivement, il est survenu une diphthérite du moignon et une ostéo-myélite; la substance médullaire a suppuré, et enfin la moitié interne du cylindre osseux de la diaphyse s'est nécrosée. M. Robert a enlevé le séquestre devenu mobile; néanmoins, il est resté une fistule qui conduisait le stylet dans le canal médullaire; l'os et le moignon sont restés gonflés, la suppuration ne s'est point tarie. En ces cir-

constances, M. Robert s'est décidé à faire la résection; il y a eu quelques difficultés pour arrêter l'écoulement de sang fourni par les branches de la musculaire profonde situées au milieu des parties enflammées. On voit sur le fragment osseux un gonflement considérable, de la vascularisation, des stalactites déposées à la face externe. Du côté qui correspondait à la plaie, et là où le séquestre a été enlevé, se trouve une partie du canal médullaire agrandie et tapissée par une membrane pyogénique. Au-dessus de cette altération, la membrane médullaire n'est pas altérée, et l'on voit entre la partie saine et la partie malade une ligne de démarcation établie par une substance fibro-cartilagineuse.

M. Maisonneuve trouve que la pièce présentée par M. Robert présente des traces évidentes de périostite avec sécrétion anormale de substance osseuse; la membrane médullaire n'est point malade. Il est probable qu'à la longue la cavité située à l'extrémité aurait disparu et que le malade aurait pu guérir; M. Maisonneuve n'accepte pas l'opportunité de l'opération qui a été faite; pour lui, il ne l'aurait pas pratiquée.

M. Robert répond que depuis plusieurs mois le malade était épuisé par une suppuration fétide, que la compression avait été employée inutilement, et que ces motifs lui ont paru suffisants pour justifier l'opération.

M. Chassaignac fait observer qu'il n'était pas possible de connaître exactement l'état de l'os malade et les limites de l'altération, et qu'il fallait mettre un terme à la situation dans laquelle se trouvait le malade. Ce qu'il y a pour lui de plus remarquable sur cette pièce, c'est la cavité suppurante, séparée du reste du canal médullaire sain par une membrane fibro-cartilagineuse.

M. Morel-Lavallée ne voit dans ce fait autre chose qu'une ostéite avec intégrité de la moelle et son activité périostale. Les stalactites, le gonflement et la vascularisation se rencontrent dans toutes les ostéites.

M. Nélaton ne s'étonne pas autant que ses collègues de la présence d'une fausse membrane organisée à l'intérieur du canal médullaire, car cette fausse membrane se ferme toujours à la suite des amputations ; seulement, dans le cas actuel, elle se trouve placée plus haut qu'à l'ordinaire par suite de la nécrose qui a eu lieu.

M. Maisonneuve cite en preuve de la possibilité des guérisons spontanées en pareil cas le fait d'un malade chez lequel, à la suite d'une amputation de cuisse à lambeau, la cicatrice presque achevée s'est désunie, l'os est devenu saillant, et la partie externe seule du cylindre osseux s'est nécrosée. La guérison a eu lieu.

M. Robert trouve que la différence essentielle entre l'observation dont parle M. Maisonneuve et la sienne consiste dans l'existence d'une nécrose par périostite dans un cas et d'une nécrose par ostéo-myélite dans l'autre. Il trouve ceci de remarquable sur sa pièce que la membrane médullaire a suppuré, et cependant il n'y a pas eu nécrose de toute l'épaisseur de l'os, ainsi que l'avait indiqué Troja.

De même M. Renault, dans son travail sur ce sujet, avait dit qu'à la suite des ostéo-myélites, le périoste et l'os s'enflammaient jusqu'à une bauteur correspondant à celle de la moelle malade ; ici l'ostéite et la périostite remontent beaucoup plus haut que l'ostéo-myélite, et vont probablement au delà du point où la section a été faite. M. Robert croit que le point de départ de la maladie est la membrane médullaire, et que le périoste s'est enflammé consécutivement.

M. Michon voudrait savoir s'il y avait, chez ce malade, des accidents généraux ou un état particulier de la plaie qui aient pu indiquer l'opération ; car il est certain que les amputations sont souvent suivies de nécroses, et qu'ordinairement la cavité restante après l'ablation du séquestre finit par s'oblitérer.

M. Robert répond que l'ulcère avait une grande éten-

due, était de mauvais aspect, fournissait une suppuration très fétide, et que, d'ailleurs, le gonflement considérable de l'os ne permettait pas à la cavité suppurante de revenir sur elle-même et de s'oblitérer.

M. Chassaignac résume cette discussion en disant que le fait de M. Robert démontre qu'il peut y avoir nécessité de pratiquer la résection pour une cause mécanique, la persistance d'une excavation osseuse qui ne peut se combler et suppure indéfiniment.

La séance est levée à cinq heures.

Séance du 2 août 1848.

Présidence de M. Cullerier.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. Gosselin rend compte du fait suivant :

Un malade avait été opéré d'hydrocèle il y a plusieurs mois avec la teinture d'iode. Le liquide avait été injecté dans le tissu cellulaire du scrotum. Une gangrène s'ensuivit; le testicule fut mis à nu. Quand M. Gosselin vit le malade pour la première fois à l'hôpital Saint-Louis, le scrotum était fortement rétracté de chaque côté; le testicule faisait une saillie considérable au delà de ses bords; il n'était pas couvert d'une membraue pyogénique, et fournissait seulement un suintement ichoreux.

M. Gosselin essaya de ranimer les surfaces au moyen d'applications astringentes et de toniques à l'intérieur, puis il fit un pansement compressif; le testicule a remonté un peu; mais comme il continuait à faire hernie, on pouvait songer à une opération semblable à celle qu'a publiée M. Malgaigne dans la Revue médico-chirurgicale, ou bien enlever tout simplement le testicule dont les fonctions paraissent abolies chez ce malade âgé de soixante-trois ans, et très-affaibli. M. Gosselin a pensé que les deux opérations

n'étaient pas sans quelque danger, et que l'on arriverait au même résultat en faisant simplement la rescision du testicule; il a donc enlevé la moitié de l'organe, sans toucher au cordon spermatique. Il compte que le reste du testicule se détachera par l'inflammation et la gangrène, et qu'ensuite les plaies marcheront vers la cicatrisation.

M. Robert ne comprend pas beaucoup le but que s'est proposé M. Gosselin; il demande pourquoi l'on n'a pas enlevé de suite le testicule tout entier.

M. Gosselin répond que son but a été d'arriver à la guérison par une opération plus simple, qui n'expose pas le malade aux inconvénients de la section du cordon spermatique, tels que infiltrations sanguines, abcès, et même phlébite.

— M. Maisonneuve a eu l'occasion de parler déjà de la grenouillette devant la Société; à cette époque, il se proposait de mettre en usage le traitement par les injections. L'occasion s'est présentée il y a six semaines. Il a fait dans une grenouillette une injection iodée; la tumeur s'est gonflée d'abord, puis a diminué peu à peu; les choses se sont passées, en un mot, comme à la suite de l'opération d'hydrocèle. Cette circonstance fait espérer à M. Maisonneuve que le malade est guéri radicalement, et qu'il n'aura pas de récidive.

M. Robert invite M. Maisonneuve à donner des nouvelles de ce malade dans quelques mois; pour son compte, il a eu des récidives par toutes les méthodes. Une fois il a exécuté le procédé de M. Jobert, qui consiste à coudre avec elle-même la membrane interne renversée, après qu'on a enlevé la membrane externe; au bout de six mois, la tumeur était reproduite; seulement il a suffi alors d'ouvrir la cicatrice, qui est restée fistuleuse: la guérison paraît définitive. Une autre fois, il a mis en usage le procédé de Boyer; au bout de six mois, la tumeur s'était formée de nouveau.

M. Maisonneuve répète que les suites ont été tellement

semblables à celles de l'hydrocèle qu'il croit l'oblitération faite par un mécanisme semblable.

M. Michon pense qu'il est difficile de trouver une analogie complète entre les kystes quels qu'ils soient et l'hydrocèle. Il y a cette différence que l'oblitération complète est rendue fort difficile par le défaut de point d'appui. Si dans la séreuse du testicule les deux feuillets n'arrivent pas au contact en un point, celui-ci continue à former une cavité qui peut se remplir de liquide. Dans un kyste, il est fort difficile que les parois se mettent partout en contact avec elles-mêmes, et que l'adhérence devienne complète à la suite des injections; c'est ce qu'il a pour sa part observé plusieurs fois, entre autres à l'occasion des kystes du corps thyroïde.

M. Guersant a employé de préférence le séton chez les enfants; il croit que cette méthode est la plus sûre et expose le moins aux récidives; il y a eu recours aussi chez une adulte; au bout de six semaines, la récidive n'avait pas encore eu lieu.

M. Marjolin donne aussi la préférence au séton; seulement, il passe deux fils en sens inverse de manière à obtenir quatre ouvertures; en outre, il peut se servir des deux mèches pour exercer des tractions sur la paroi supérieure de la tumeur et exciser tout ce qui est au-dessous.

— La séance est levée à cinq heures.

Séance du 9 août 1848.

Présidence de M. Cullerier.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— Sur la proposition de M. Nélaton, la Société ajourne l'examen de la question des plaies par armes à feu, à l'époque où l'état des malades actuellement en traitement per-

mettra de donner d'une manière positive les résultats obtenus.

— M. Chassaignac présente à la Société un exemple de céphalématome. Dans les travaux publiés sur cette maladie, on ne s'était pas occupé du mode d'enkystement de l'épanchement sanguin entre le crâne et le périoste. M. Chassaignac a examiné ce sujet sur la pièce actuelle, recueillie chez un enfant qui a succombé à trois mois, deux mois après la disparition apparente de la tumeur. Le céphalématome occupait le pariétal droit; son volume était celui d'une orange; il a disparu progressivement, et le peu qui en reste aujourd'hui n'était plus assez considérable pour former une saillie appréciable. M. Chassaignac a disséqué couches par couches; il a disséqué au loin le périoste, et l'a séparé facilement au niveau du céphalématome. Au-dessous du périoste, il a trouvé une membrane fibreuse assez épaisse, adhérente au bourrelet osseux qui circonscrivait la maladie; au-dessous de cette membrane fibreuse, des caillots sanguins; et enfin, au-dessous de ces derniers, une nouvelle membrane fibreuse adhérente également au bourrelet osseux. Le sang épanché se trouvait donc, non pas entre le périoste et l'os, comme on le dit généralement, mais entre deux membranes de nouvelle formation constituant les parois du kyste.

M. Chassaignac a fait une autre remarque sur le céphalématome, c'est que le cercle ou bourrelet osseux qui circonscrit la tumeur se rétrécit à mesure que le sang disparait; il explique cette circonstance par la résorption des molécules osseuses à la périphérie, et la formation de nouveaux dépôts osseux à la partie la plus interne du cercle.

M. Huguier voudrait que l'on fît une section de l'os au niveau du point qu'ocupait la tumeur, afin de savoir si l'os est aminci dans cet endroit, et s'il faut expliquer le bourrelet par cet amincissement du fond plutôt que par un dépôt de nouvelle formation.

M. Chassaignac pense, d'après les faits qu'il a déjà ob-

servés, que le bourrelet est constitué par une sécrétion nouvelle autour de l'épanchement sanguin, et qu'il n'y a pas d'amincissement du fond.

M. Maisonneuve est disposé à croire, d'après ce qu'il a vu déjà sur d'autres pièces de céphalématomes, et sur les foyers sanguins en général, que les membranes dont parle M. Chassaignac ne sont autre chose que des caillots sanguins stratifiés et étalés. Quant à l'épaississement de l'os, il est dû à un épanchement et une organisation de lymphe plastique aux dépens du périoste, et consécutivement à l'irritation de cette membrane. M. Maisonneuve a en effet indiqué avec soin, dans sa thèse de concours, ces productions aux dépens du périoste dans presque toutes les maladies des os.

M. Chassaignac admet d'autant plus volontiers cette dernière explication, qu'il l'a adoptée lui-même et publiée dans les Bulletins de la Société anatomique, longtemps avant la thèse de M. Maisonneuve sur le périoste. Quant à cette idée, que les deux membranes sont des caillots sanguins, M. Chassaignac ne saurait la partager; car elles sont trop résistantes, surtout celles de la couche profonde; leur structure est trop identique à celle des membranes fibreuses pour qu'il puisse voir là seulement des caillots sanguins.

M. Huguier est d'avis que l'on pourrait expliquer d'une manière beaucoup plus simple la formation du kyste, en disant, par exemple, que l'épanchement a eu lieu dans l'épaisseur même du périoste. On a souvent dans les préparations anatomiques, fait la remarque suivante : si l'on enlève tout le périoste du crâne, et qu'on laisse macérer la pièce, on trouve, au bout de quelques jours, la surface de l'os recouverte par une portion fibreuse que l'on croyait avoir enlevée et qui ne l'avait pas été. Il se peut donc que M. Chassaignac ait enlevé, au niveau de la tumeur, les lames superficielles du périoste, et que les deux membranes circonscrivant l'épanchement soient les lames profondes écartées par le liquide.

M. Chassaignac admettrait difficilement cette manière de voir de M. Huguier ; il lui semble qu'un épanchement de sang ne peut guère avoir lieu dans l'épaisseur du périoste; et, d'un autre côté, il ne conçoit pas comment il serait arrivé à détacher partout une membrane fibreuse sans entamer le kyste, si ce dernier avait été réellement formé par le périoste.

M. Huguier répond que M. Chassaignac pourrait avoir ici été induit en erreur, comme on l'est après les macérations.

— M. Danyau lit un rapport sur un nouvel envoi de M. Castelli relatif à une malade affectée de renversement chronique de l'utérus. Sur les conclusions de ce rapport, la Société vote des remercîments à l'auteur.

— La séance est levée à cinq heures.

Séance du 16 *août* 1848.

Présidence de M. Cullerier.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. Giraldès lit un travail intitulé : Considérations sur quelques points d'anatomie chirurgicale de la région mammaire. (Commissaires : MM. Nélaton, Guersant et Chassaignac.)

— M. Michon lit un rapport sur une observation de communication entre l'artère brachiale et les veines profondes, envoyée par M. Follin, interne des hôpitaux.

D'après les conclusions du rapport, la Société vote des remercîments à l'auteur, et décide que le travail sera remis au comité de publication, conjointement avec le rapport de M. Michon.

— M. Loir montre à la Société une portion d'intestin desséché qu'il possède depuis longtemps, et sur laquelle la préparation par insufflation permet de constater les change-

ments de forme amenés par l'étranglement d'une hernie crurale. On voit bien surtout le sillon qui se trouve au niveau du bout supérieur. Ce sillon est plus profond que celui qui correspond au bout inférieur, et prouve que dans le premier de ces points la constriction a été beaucoup plus forte.

M. Michon rapporte qu'il a fait remarquer dans sa thèse cette circonstance que dans la hernie crurale l'étranglement portait principalement sur le bout supérieur, et qu'il produisait la destruction des tuniques internes plus vite que celle de la tunique externe.

M. Chassaignac trouve sur cette pièce la confirmation de ce fait, que dans la hernie crurale il y a toujours un point plus fortement serré que les autres. Ce point correspond au ligament de Gimbernat. L'un des arguments invoqués contre le débridement en dedans, c'est qu'il expose davantage à une déchirure de l'intestin ramolli et altéré par la pression de ce ligament. Si l'on débride sur un autre point on est moins exposé à cet accident, parce que l'intestin est moins altéré. La direction de la hernie en avant et en dedans est une des causes qui augmentent l'étranglement par le ligament de Gimbernat.

M. Maisonneuve pense qu'il ne faut pas faire jouer au ligament de Gimbernat un rôle aussi important. En effet, on a bien démontré dans ces derniers temps que la hernie crurale était étranglée par une ouverture circulaire du *fascia crebriformis*, et non spécialement par le ligament dont il est question.

M. Gosselin trouve aussi que l'on accorde trop d'importance au ligament de Gimbernat. Il y a une raison bien signalée par M. Demeaux pour laquelle les altérations produites par l'étranglement sont toujours plus fortes au niveau du bout supérieur, c'est parce que sa distension et ses contractions déterminent une pression et une constriction plus fortes à son niveau. D'un autre côté, dans la hernie crurale,

le bout supérieur se trouve généralement entraîné en bas et en dedans par son propre poids ; voilà pourquoi les effets de la constriction se trouvent plus prononcés du côté du ligament de Gimbernat, sans qu'il faille le regarder pour cela comme l'agent principal de l'étranglement ; car si le bout supérieur vient correspondre à la partie externe de l'ouverture fibreuse , c'est là encore que se trouveront les plus grandes altérations.

M. Vidal (de Cassis) n'a pas eu souvent l'occasion de disséquer des hernies après l'opération , puisqu'il a eu 22 succès sur 25 cas ; mais il a pris soin , dans toutes les hernies crurales , de disséquer assez attentivement pour bien établir le siége de l'étranglement. Or, toutes les fois qu'il a débridé en dehors et en haut , il n'a pu réduire ; il a toujours été obligé, pour faire cesser l'étranglement , de débrider sur le ligament de Gimbernat.

M. Chassaignac répond à MM. Maisonneuve et Gosselin que son intention n'a pas été de traiter la question du mécanisme intime de l'étranglement ; il a voulu dire seulement que la hernie crurale , par opposition aux autres hernies , présentait toujours un point beaucoup plus intéressé que les autres, et que ce point correspondait au côté interne.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Séance du 23 *août* 1848.

Présidence de M. Cullerier.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. Giraldès lit un nouveau travail à l'appui de sa candidature. Ce travail intitulé : Note sur les accidents produits par le chloroforme et l'éther, a pour but de montrer que la mort peut être causée, après les inspirations, par la rupture des cellules bronchiques et le mélange de l'air avec le sang

veineux, consécutivement à cette rupture. (Renvoi à la commission précédemment nommée.)

— M. Vidal lit l'observation d'un malade qui présentait une double tumeur des bourses contenant un liquide laiteux, et dont il a parlé à l'Académie de médecine sous le nom de *galactocèle*.

M. Morel fait observer qu'il faut tenir compte du séjour du malade aux Indes. M. Rayer rapporte dans son Traité des maladies des reins, des faits dans lesquels les malades, après un semblable séjour, ont uriné un liquide laiteux. Il y a donc un rapprochement curieux à établir sous ce rapport. M. Morel regrette d'ailleurs que l'injection ait été faite des deux côtés; il eût été curieux de voir si un liquide semblable se fût épanché de nouveau.

M. Gosselin regrette qu'il ne soit pas fait mention d'une manière plus spéciale de l'existence ou de l'absence des animalcules spermatiques dans le liquide. M. Vidal a bien dit que l'on avait examiné à un fort grossissement; mais un fort grossissement n'est pas nécessaire, et peut même faire méconnaître les spermatozoaires à ceux qui ne les connaissent pas bien. M. Gosselin voudrait être mieux renseigné sur ce point; car il a indiqué, dans son travail sur les kystes du testicule, l'existence des animalcules dans les poches de cette région, qui contenaient un liquide trouble, opalin, et même lactescent.

M. Vidal répond que le chimiste chargé de l'examen, M. Grassi, a été prévenu, et a cherché s'il y avait des animalcules spermatiques.

— M. Denonvilliers entretient la Société d'un exemple de fracture du crâne assez rare, celle de la table interne. On connaît deux espèces de ces fractures; les premières sont celles dans lesquelles il y a solution de continuité tout à la fois de la table externe et de la table interne, comme dans les deux exemples qui sont au musée Dupuytren, et comme

sur la pièce présentée dernièrement à la Société par M. Colson.

Dans la deuxième espèce, la table interne est complétement détachée, l'externe restant intacte; c'est ce qui est arrivé dans le fait de M. Denonvilliers. Un malade admis à l'hôpital Saint-Antoine pendant les événements de juin, avait reçu un coup de feu tiré de haut en bas par l'une des fenêtres de la caserne de Reuilly, et qui avait fait à la partie postérieure et droite de la tête une plaie en gouttière de 3 à 4 centimètres de long sur 2 centimètres de large. L'occipital était dénudé, mais n'offrait à la vue aucune solution de continuité. Le malade est resté douze jours sans accidents; mais au bout de ce temps il est survenu de l'agitation, de la fièvre, un prolapsus de la paupière supérieure à droite, puis une diminution de la sensibilité et de la motilité dans tout le côté gauche, et des douleurs assez vives pendant les mouvements, soit spontanés, soit communiqués des membres supérieurs et inférieurs gauches. Plus tard la plaie est devenue le siége de douleurs; enfin vers le vingt-cinquième jour après l'accident les symptômes généraux et la douleur locale augmentant, M. Denonvilliers a pratiqué le trépan. La couronne enlevée, il a vu s'écouler une assez grande quantité de liquide sanguinolent de très mauvaise odeur; puis il a senti une pièce d'os très mobile au-dessous du point où la couronne avait été détachée. Cette pièce d'os se trouvait au milieu de la sérosité putride, et représentait un carré long, de dimension plus grande que celle de l'ouverture faite au crâne. M. Denonvilliers a cassé ce fragment osseux avec une tenaille incisive et en a fait trois morceaux, qu'il a extraits isolément.

Ces trois morceaux rapprochés sur la pièce que M. Denonvilliers met sous les yeux de la Société, forment évidemment un fragment qui s'était détaché de la table interne, par contre-coup la table externe n'ayant subi aucune solution de continuité.

Le malade, qui avait été assez bien d'abord, a été pris ensuite de méningite et de suppuration dans la cavité arachnoïdienne; il a succombé. On a constaté que le prolapsus de la paupière, qui d'ailleurs avait diminué vers la fin de la vie, tenait au prolongement de l'infiltration sanguine jusque sur la 3e paire.

M. Chassaignac se demande si la pièce osseuse n'aurait pas été détachée par un travail de nécrose.

M. Morel fait remarquer que s'il y avait eu nécrose, la pièce osseuse ne s'adapterait pas aussi bien qu'elle le fait, parce qu'elle aurait perdu un peu de son volume; d'ailleurs il eût fallu plus de temps pour l'élimination d'un séquestre.

— M. Chassaignac montre à la Société un lipome qu'il a enlevé dernièrement. A cette occasion, il s'était demandé si le procédé par transfixion qui consiste à transpercer la tumeur, à la fendre des parties profondes aux superficielles, puis à enlever les deux côtés, était aussi applicable aux loupes graisseuses qu'aux loupes enkystées du crâne. Il ne le croit pas; car il serait fort difficile après l'incision d'enlever les deux parties latérales.

M. Michon voudrait quelques explications. Il ne croit pas que le procédé dont parle M. Chassaignac ait jamais été proposé, et puisse l'être comme méthode générale; car dans un grand nombre de loupes la peau amincie et distendue resterait en trop grande quantité.

M. Chassaignac répond que ce procédé a été conseillé pour les loupes de la tête par M. J. Cloquet, et qu'il a été mis souvent en usage. Il est d'ailleurs préférable à la dissection laborieuse que l'on est obligé de faire pour l'exécution de l'autre méthode; mais il y a des conditions d'application, c'est que les parois du kyste aient une certaine épaisseur, et que la peau n'ait pas subi une très grande distension.

M. Vidal fait voir que la méthode dont il s'agit a été employée par Dupuytren, M. Roux, et presque tous les chi-

rurgiens. Elle a été généralisée à Lyon par M. Gensoul; elle est donc assez ancienne déjà, et tout le monde la regarde comme exceptionnelle.

— M. Chassaignac montre à la Société un appareil qu'il a fait construire par M. Charrière pour appliquer la glace sur les yeux dans les ophthalmies violentes et dans celles qui sont consécutives à l'opération de la cataracte. Les liquides et les parties profondes de l'œil se trouvent séparés du moyen réfrigérant par une couche mince que forme la cornée; c'est probablement à cause de cela que le froid est avantageux. Pour lui, il en a déjà retiré de bons effets; seulement, il fallait un appareil pour placer commodément la glace.

M. Morel a employé la glace pour des cas d'ophthalmies intenses après l'opération de la cataracte; seulement il a fait mettre des compresses imbibées d'eau glacée, moyen qui avait été déjà conseillé par un chirurgien belge.

M. Guersant a placé la glace dans de petites vessies faites avec l'appendice cœcal du mouton, et qu'il maintenait sur les yeux au moyen de cordons noués par derrière.

M. Vidal trouve que la glace est un des moyens d'employer la réfrigération qui a été conseillée par tous les auteurs d'ophthalmologie. La théorie est favorable à cette méthode; mais il s'agit de savoir si elle est confirmée par la pratique. Ainsi dans les inflammations profondes, quand il y a un bourrelet conjonctival considérable, peut-être la glace n'aurait-elle pas des avantages aussi grands que le suppose M. Chassaignac. Dans l'iritis, par exemple, la glace pourra bien être un calmant de la douleur, qui est un des éléments de la maladie. Pour les autres éléments, une autre médication est nécessaire. La glace alors n'est qu'un adjuvant.

M. Chassaignac fait observer que son intention a été surtout d'arriver à l'emploi continu de la glace, et d'éviter les inconvénients qui résultent de son application tempo-

raire; c'est l'indication qu'il a cherché à remplir avec son appareil.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Séance du 6 *août* 1848.

Présidence de M. Cullerier.

M. Marjolin demande la parole à propos du procès-verbal, et donne lecture de la lettre suivante, du professeur Chélius, relative à l'opération qui consiste à diviser les palmes congénitales des doigts :

Mon cher ami et confrère,

Ayant été absent de Heidelberg le jour où votre lettre est arrivée, je me hâte de vous dire que vous vous êtes exactement souvenu de ce que j'ai dit dans ma clinique à l'égard de l'opération de l'union des doigts. Je dois seulement ajouter que le principe de ne faire cette opération qu'à l'âge avancé est le résultat de nombreuses observations où l'opération avait été entreprise dans les premières années après la naissance avec un plein succès; mais, quelques années après, la membrane s'était prolongée dès l'angle de la division jusqu'à la moitié des doigts, même jusqu'à l'articulation des troisièmes phalanges. Ce résultat était, dans tous les cas que j'ai observés, le même, n'importe quel procédé opératoire eût été employé. Après les opérations de ce genre que j'ai faites à l'âge de croissance avancée ou complète, je n'ai jamais observé une récidive si l'opération avait eu, au moment de la guérison, un succès complet. J'ai adopté ce principe comme règle générale, et j'admets comme exceptions seulement les cas où l'union des doigts est compliquée avec des contractions des doigts ou d'autres mauvaises con-

formations qui gênent ou empêchent les mouvements des doigts et leur développement.

Votre tout dévoué,

Professeur Chélius.

Heidelberg, 3 septembre 1848.

M. Chassaignac regrette que le mode opératoire de Chélius n'ait pas été précisé. Il fait observer que les opérations dans lesquelles on se contente d'inciser, puis d'écarter les bords de la plaie, ont peu de chances de succès. Selon M. Chassaignac, il est indispensable d'opérer de bonne heure alors même qu'on ne devrait obtenir qu'un succès incomplet ; et cela, pour ne pas compromettre l'indépendance des doigts.

M. Maisonneuve adopte la manière de voir de M. Chassaignac ; mais, tout en reconnaissant l'immense valeur chirurgicale de ce professeur, il eût désiré que Chélius indiquât ses observations.

M. Vidal (de Cassis) dit qu'il existe un livre de Chélius qui laisserait croire que Chélius ne connait point tous les procédés opératoires. M. Vidal rappelle l'opération qu'il a proposée, la même que M. Guersant a adoptée pour son petit malade ; il pense qu'elle offre les plus belles chances de réussite.

M. Guersant. Les cas d'union congénitale des doigts sont très rares ; par conséquent, il n'est donné à aucun chirurgien d'avoir une grande expérience sur ce sujet. Son petit malade a été opéré (pour les orteils surnuméraires) comme il l'avait annoncé ; il est en bonne voie.

Quant au second enfant, qui offrait l'anus anormal, M. Guersant s'est contenté purement et simplement de débrider en arrière pour faciliter la défécation. L'enfant s'est trouvé extrêmement soulagé ; il peut retenir ses matières fécales,

malgré l'agrandissement de l'anus ; en un mot, il va aussi bien que possible.

— M. Nélaton rappelle l'observation de M. Vidal lue à la Société l'année dernière. Une opinion avait été exprimée : c'est que l'infection purulente pouvait guérir s'il ne survenait point d'abcès intérieur. Cette opinion, il la combat, ou du moins il la trouve trop absolue, et il pense fournir la preuve de ce qu'il avance avec le fait suivant :

Un blessé fut pris d'infection purulente. Outre les frissons et la fièvre, il y avait quelque chose qui pouvait faire croire à des abcès pulmonaires métastatiques : ainsi, il existait une douleur pleurétique peu intense ; quelques stries de sang apparaissaient dans les crachats. L'alcoolature d'aconit fut administré, et les accidents d'infection s'arrêtèrent au bout de cinq à six jours. Malheureusement l'état du blessé exigeait un décubitus dorsal longtemps prolongé ; une eschare se forma à la région sacrée, et la mort survint six semaines après la disparition des accidents d'infection purulente.

Au sommet du poumon droit, on a trouvé une petite excavation tapissée par une membrane bien organisée et renfermant une très petite quantité de sérosité purulente ; les bronches ayant été disséquées, on a pu pénétrer dans cette excavation par l'extrémité des deux bronches. Un peu plus bas existait une seconde excavation tout à fait superficielle qui se continuait avec la plèvre, déprimée en cet endroit ; cette excavation offrait les mêmes caractères que la précédente.

M. Nélaton fait observer qu'il n'existe aucun tubercule, aucun antécédent de phthisie, et que les deux lésions qu'il expose à la Société se rapportent exactement aux abcès métastatiques.

M. Vidal (de Cassis) doute qu'il y ait une seule observation semblable à celle qu'il a publiée. Dans cette observation, la phlébite a été constatée physiquement ; tous les

phénomènes généraux ont été signalés : frissons, crachats, abcès, etc. Le malade est guéri, et a quitté l'hôpital après un séjour de dix-huit mois.

M. Nélaton rappelle à la Société qu'antérieurement à la publication du fait de M. Vidal, il avait eu l'occasion d'observer un malade qui, étant venu se faire saigner à Bicêtre, fut pris de phlébite et reçu à cet hôpital.

Tous les phénomènes de l'infection purulente furent constatés, et néanmoins, après plusieurs semaines, la guérison fut complète. Ce malade avait pris de 3 à 4 grammes de sulfate de quinine par jour.

M. Nélaton conserve encore le souvenir d'une femme qui fut amputée dans le service de M. Jobert, chez laquelle il se déclara une phlébite, et qui cependant guérit sans aucun traitement. M. Nélaton préconise l'alcoolature d'aconit, et il affirme que chaque année un ou deux malades guérissent dans son hôpital. Cette année encore deux forts beaux cas se sont offerts à lui. Dans le premier il s'agissait d'une plaie de tête, plaie par arme à feu résultant d'une tentative de suicide; dans le second, l'amputation de la cuisse avait été pratiquée. Chez tous deux des abcès survinrent, accompagnés des symptômes les plus clairs et les plus évidents de phlébite. Avec 3 à 4 grammes d'alcoolature d'aconit par jour, ils ont guéri.

M. Vidal distingue l'analogie, la ressemblance et l'identité. Suivant lui, il n'y aurait de ressemblaut au fait qu'il a publié que celui dans lequel on fit une saignée au malade de Bicêtre ; et l'observation rapportée par M. Nélaton au commencement de cette discussion appartiendrait simplement à un cas de mort déterminée par une infection purulente chronique.

M. Nélaton se contente de faire remarquer que lorsque son malade mourut il y avait déjà six semaines que tout symptôme d'infection avait disparu. La formation d'une eschare au sacrum, l'épuisement ont enlevé son malade,

comme cela n'arrive que trop souvent à l'hôpital à la suite d'un long séjour au lit. Dans ces circonstances, on n'a pas coutume d'appeler infection purulente chronique la cause qui enlève les malades.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Séance du 30 *août* 1848.

Présidence de M. Cullerier.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. Vidal donne l'analyse du sang du malade qui avait un liquide laiteux dans les tuniques vaginales.

A l'occasion du procès-verbal, et des irrigations dont il avait été question dans la précédente séance, M. Morel fait observer que l'on avait besoin pour ces irrigations d'une substance imperméable; le collodium, formé de fulmi-coton trempé dans l'éther, paraît destiné à remplir parfaitement l'indication.

— M. Guersant présente à la Société deux petits malades atteints de vices de conformation. Le premier est un enfant à la mamelle qui a tous les doigts de la main et du pied réunis par des brides congéniales. Les deux pieds présentent en outre un sixième orteil en dedans du premier. L'ablation pourrait en être faite. Cependant M. Guersant fait observer qu'il y a une très grande différence pour les résultats de cette opération, suivant que l'appendice végétal est simplement charnu, ou muni d'un squelette et de petites articulations. Dans le premier cas, l'extirpation n'offre aucun danger; dans le second, elle expose à des accidents. Chez son malade, c'est le dernier cas qui a lieu. M. Guersant préfère donc avoir recours au procédé qui consiste à aviver avec le fer rouge les bords correspondants des deux orteils voisins, puis à les amener en contact, et les maintenir au moyen d'un bandage approprié, de manière à établir

entre eux une adhérence. Par ce procédé on obtiendra la formation d'un gros orteil unique, un peu large il est vrai, mais que la compression exercée plus tard par les chaussures pourra rendre moins volumineux et par conséquent moins gênant.

L'autre malade est une petite fille qui a l'anus ouvert très près de la vulve. Il en résulte que pour expulser les matières fécales, l'enfant est obligé de se livrer à des efforts très considérables, pendant lesquels ces matières remontent péniblement jusqu'à l'orifice. M. Guersant aurait le dessein d'introduire une canule dans l'anus afin de le dilater et de le repousser fortement en arrière; puis la partie antérieure de l'orifice serait avivée et réunie par un point ou deux de suture.

M. Morel pense que du moment où l'anus fonctionne, on ne doit pas faire une opération qui pourrait à la rigueur avoir des suites fâcheuses. Il vaudrait donc mieux attendre et voir si quelque circonstance peut réellement justifier l'opération proposée.

M. Chassaignac croit que ce fait rentre dans la catégorie des ouvertures du rectum dans le vagin et que la même indication existe ici, car les efforts pour expulser les matières fécales sont douloureux, comme l'est quelquefois l'excrétion de l'urine chez les enfants mâles atteints d'hypospadias. Ce qui arrêterait M. Chassaignac, c'est la question de savoir s'il y a un sphincter en arrière, car il aimerait mieux inciser en ce point et de dehors en dedans en se guidant sur un instrument porté dans le rectum actuel. Il ferait ainsi une voie nouvelle et tâcherait d'obtenir l'oblitération de l'ancienne.

M. Vidal est partisan d'une opération, parce qu'à cet âge et dans cette région les opérations sont en général peu graves. Quant au procédé, M. Vidal croit que le sphincter se trouve au niveau de l'orifice actuel; en conséquence, il

aimerait mieux inciser circulairement, disséquer, reporter en arrière l'anus qui existe en ce moment.

M. Guersant répond qu'en effet l'anus actuel a un sphincter de la présence duquel il s'est assuré avec son doigt; il ne faut donc pas songer à l'établissement d'une autre voie; seulement, l'opération qu'il a l'intention de faire sera moins grave que celle dont parle M. Vidal.

M. Michon pense qu'il vaudrait mieux ne pas opérer chez cette enfant; cependant, si l'on se décidait, il ne comprendrait pas que l'on fît autre chose que disséquer, transplanter en arrière l'anus et son sphincter, et les y maintenir par des points de suture.

— La discussion s'engage ensuite sur le malade qui a les adhérences congéniales des doigts : M. Marjolin croit avoir entendu dire à Chélius que, dans les cas où l'on opère de bonne heure pour ces vices de conformation de la main, les adhérences palmiformes se reproduisent à mesure que les doigts s'allongent et quelles que soient les précautions employées.

M. Guersant fait observer que pour les doigts de la main son intention est d'employer la méthode de Rudtorfer, consistant à passer d'abord un fil métallique en arrière de la membrane interdigitale, et à le laisser en place jusqu'à cicatrisation de l'orifice, comme l'on fait pour les boucles d'oreille. Plus tard, il coupera la membrane au-devant des parties cicatrisées, et ainsi il n'y aura pas risque de voir des adhérences se former de nouveau en arrière.

M. Vidal donnerait, pour la main, la préférence au procédé qui consiste à couper et faire ensuite de chaque côté un ourlet suivant les indications de M. Serre. Il a fait deux fois cette opération, et avec succès. Pour le pied, il aimerait mieux enlever l'orteil surnuméraire que l'accoler au voisin.

M. Morel insiste sur la différence essentielle des adhérences congéniales et accidentelles. Il voudrait que l'on tînt

grand compte de l'opinion de Chélius. Il demande à M. Guersant si, d'après les faits qu'il a pu observer, il croit que la membrane se reproduit en effet à mesure que les doigts s'allongent.

M. Michon adresse la même question à M. Guersant. Il est prêt à s'incliner devant les faits s'ils sont contraires à l'opinion de Chélius; mais il lui paraît que, théoriquement, à mesure que les doigts s'allongent et poussent, le vice de conformation doit se reproduire en arrière du point où la section aura été faite.

M. Chassaignac ne croit pas que le raisonnement doive faire craindre la reproduction de la membrane. Il lui semble que la situation relative du point coupé et de l'articulation métacarpo-phalangienne restera la même pour chacun des doigts, et que l'allongement se fera surtout aux dépens de la partie des doigts située au-devant de l'opération. M. Chassaignac croit d'ailleurs qu'il y aurait un détriment réel pour l'éducation et le développement de l'enfant, à le laisser privé de ses mains jusqu'à l'âge du développement complet.

M. Marjolin propose d'écrire à M. Chélius pour connaître exactement sa manière de voir sur ce sujet.

M. Monod ramène l'attention sur le vice de conformation du pied. Il est partisan de l'opération proposée par M. Guersant, et il voit un motif à ajouter, c'est qu'il est utile de ne pas priver l'enfant du moyen de sustentation que lui fournira son orteil supplémentaire réuni à l'autre.

— M. Chassaignac lit à la Société un travail sur la suture qu'il appelle *celluleuse*, et qui consiste à saisir seulement les couches profondes de la peau et le tissu cellulaire sous-cutané pour les réunir.

— M. Guersant présente les voies urinaires d'un enfant de trois ans et demi, qui depuis six mois offrait tous les symptômes de la pierre. Quand il vint à l'hôpital, on constata qu'il urinait en même temps par le rectum; il y avait en effet, à un demi-pouce de l'anus, une fistule recto-vési-

cale. Après avoir sondé l'enfant, M. Guersant essaya la lithotritie ; mais il ne put saisir le calcul, et pensa qu'il s'agissait plutôt d'une plaque calcaire. Après cette tentative, l'enfant a été pris d'un érysipèle du scrotum, est tombé dans le marasme et a succombé.

On a reconnu l'existence d'un calcul très petit et aplati, dont la forme explique parfaitement les difficultés de la lithotritie, et la sensation analogue à celle d'une plaque calcaire. La cystite n'est pas très intense ; mais il y a entre le rectum et l'urètre un foyer purulent qui s'est ouvert tout à la fois et dans la vessie et dans le rectum. M. Guersant pense que la séance de lithotritie a été la cause d'une inflammation nouvelle qui a amené la mort.

M. Chassaignac a soigné, l'an dernier, une petite fille de trois ans qui a succombé à une entérite, consécutivement à la lithotritie.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Séance du 13 *septembre* 1848.

Présidence de M. Cullerier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— M. Vidal (de Cassis) demande la parole à propos du procès-verbal. Il a consulté, depuis la dernière séance, le livre de Chélius ; et, comme il l'avait annoncé, ce livre ne fait pas mention du procédé qui consiste d'abord à faire la section de la membrane qui unit les doigts, puis ensuite à pratiquer une suture en ourlet.

— M. Vidal (de Cassis) revient sur la discussion soulevée par la dernière communication de M. Nélaton. Il regrette que le procès-verbal n'insiste point assez sur la différence qui existe entre l'observation qui lui est propre et les faits rapportés par M. Nélaton.

Ces faits, suivant M. Vidal, laisseraient beaucoup à dési-

rer, puisque, dans la plupart, la phlébite n'aurait pu être constatée d'une manière précise. Celui dans lequel une saignée a été le point de départ d'une phlébite aurait seul une certaine importance. Il est survenu un abcès extra-vésical ; mais rien ne prouve qu'il en ait existé dans les viscères. En un mot, les faits de M. Nélaton ne sont pas assez authentiques pour être admis sans conteste ; tandis que celui de M. Vidal, observé avec le plus grand soin, démontre sans réplique la présence d'abcès extra et intra-viscéraux.

M. Nélaton pense, comme M. Vidal, qu'il est urgent d'apporter une scrupuleuse exactitude dans les observations qui ont trait à l'infection purulente. La pièce qu'il a mise sous les yeux de la Société n'a point eu d'autre but ; elle donne au fait qu'il a communiqué la plus grande valeur, et le rend par cela même plus important que celui de M. Vidal.

Cette pièce, en effet, ne peut tromper personne ; tandis que les crachats et les selles du malade de M. Vidal ont pu lui en imposer par leur ressemblance avec du pus. M. Nélaton ajoute que ce malade offre bien le type d'une affection purulente, mais il n'y voit point la preuve positive d'une phlébite pulmonaire.

M. Vidal. M. Nélaton critique mon observation tout en voulant prouver qu'on peut guérir avec des abcès viscéraux ; il me semble cependant qu'elle le prouve tout autant que le fait de M. Nélaton. Mon malade a guéri, celui de M. Nélaton est mort ; voilà toute la différence. Dans mon observation, le pus des crachats et le pus sorti de la cuisse n'ont pu être différenciés, quoique examinés au microscope ; ils étaient donc identiquement les mêmes. L'abcès qui correspondait au sternum était bien viscéral, puisqu'un stylet pénétrait dans le thorax à plusieurs pouces de profondeur. En résumé, le fait que j'ai présenté à la Société est un cas de guérison avec abcès viscéraux ; celui de M. Nélaton est un cas de mort par infection purulente chronique.

M. Maisonneuve se rappelle un homme auquel il avait amputé la cuisse. Vers le dixième jour, se déclarèrent des accidents d'infection purulente et de phlébite. Le malade était arrivé au dernier degré de cette redoutable affection : il râlait; la cicatrice était déchirée; l'os faisait une saillie considérable. L'alcoolature d'aconit fut administrée à tout hasard. Peu à peu les accidents cessèrent et le malade se rétablit. Un abcès, qui avait été ouvert à la cuisse, donna issue à un caillot qui provenait probablement de la veine saphène. La dose de l'alcoolature d'aconit fut de 4, de 6 et de 8 grammes par jour pendant un mois environ jusqu'à la guérison complète.

— M. Huguier communique l'observation suivante :

Hernie inguinale droite étranglée. — Le 30 août 1848 est entré un nommé Brunet (Aimable-François), âgé de quarante-huit ans, journalier, demeurant route d'Asnières, né à Rouville (Manche).

Constitution forte, muscles bien développés. Tempérament sanguin, peau brune, cheveux noirs. Bonne santé habituelle.

Ce malade porte une hernie inguinale droite depuis environ quinze ans, laquelle lui est venue en voulant soulever une voiture. Réductible dans le commencement; mais quelque temps après, sans qu'il pût s'expliquer comment, elle ne pouvait plus rentrer complétement; mais il pouvait cependant la maintenir au moyen d'un bandage. — Il y a trois ans, son bandage se cassa, et il éprouva des symptômes d'étranglement, qui se dissipèrent. Bientôt, on réduisit la hernie. — Il y a trois ou quatre jours, ayant voulu soulever un poids considérable, son bandage se cassa, et il fut pris immédiatement de douleurs au niveau de la hernie, avec coliques et envies fréquentes de vomir. Entré à l'hôpital le 30 août, on constate une hernie inguinale droite du volume des deux poings réunis; le testicule est situé à l'ex-

trémité inférieure de la tumeur. La réduction est impossible. — Bain. Même impossibilité.

Le soir, lès douleurs abdominales sont vives, quelques vomissements grisâtres peu abondants, hoquets, pas de selles.

31 août. Même état qu'hier; saignée large sans amener la syncope, laquelle n'eut pas lieu. Réduction impossible. — Vingt sangsues sur le ventre.

1er septembre. 84 pulsations, régulières, faibles.

Douleurs vives dans le ventre avec ballonnement, sonore à la percussion; douleurs au niveau de la hernie; envies fréquentes de vomir; vomissements verdâtres, fétides. N'a pas dormi la nuit dernière. On se décide à pratiquer l'opération.

Opération. — Une incision est pratiquée de haut en bas sur la tumeur depuis l'anneau inguinal jusqu'à l'extrémité inférieure du scrotum; après avoir divisé diverses couches de tissus plus ou moins indurés près de l'anneau, on arrive dans le sac, qui contient un liquide rougeâtre et limpide. Dans le sac, descend une grande portion du grand épiploon, qui vient s'attacher par de fortes adhérences à la paroi antérieure et interne du sac, en laissant derrière lui et la paroi postérieure du sac un anneau dans lequel une partie de l'intestin se trouve engagée. Cette partie est bleuâtre par plaques, à travers lesquelles on voit les matières fécales. Au-dessus de ce point, l'intestin adhère à l'épiploon par de fausses membranes récentes; outre ce point d'étranglement, l'intestin est encore étranglé à l'anneau. Le débridement étant fait, l'intestin, tiré au dehors, laisse voir les deux points rétrécis. Le tout fut introduit dans l'abdomen; quant à la partie du grand épiploon qui adhère au cou, on l'excise, et, afin d'éviter un nouvel étranglement, on lie les vaisseaux à mesure qu'ils sont coupés. On fait ensuite un pansement simple.

Après l'opération, le malade a deux ou trois vomisse-

ments de matières fécales. — Potion calmante, lavement avec opium.

Midi. 100 pulsations, égales, régulières; un seul vomissement peu abondant. Une selle.

Quatre heures. 96 pulsations; faciès normal. Pas de douleurs dans le ventre. Deux selles abondantes. Pas de vomissements. Quelques hoquets.

2 septembre. 80 pulsations égales, régulières, moyennement développées. Peau fraîche. Deux selles dans les vingt-quatre heures. Pas de vomissements. Quelques hoquets. Peu de douleur dans le ventre. Bien dormi cette nuit.

3 septembre. 80 pulsations égales. Pas de douleurs dans le ventre, ni vomissements, ni hoquets. Le ballonnement a entièrement disparu. Pas de selles dans la nuit.

Pansement. — La plaie est dans un état très satisfaisant; elle laisse suinter une sérosité sanguinolente. Pas encore de suppuration. La plaie n'a pas été réunie; on y voit dans le fond quelques points noirs.

Le soir, une selle sans douleur.

4 septembre. 80 pulsations. Faciès normal. Pas de douleurs dans le ventre; ventre plat. Pas de selles dans les 24 heures. Pas d'envies de vomir.

5 septembre. 80 pulsations. Une selle. Pas de douleurs dans le ventre. Pansement. La plaie suppure peu.

6 septembre. 80 pulsations. La suppuration est très bien etablie; le pus est épais, crémeux. On voit des bourgeons charnus au fond de la plaie. Pas de douleurs nulle part. — Un potage.

Du 6 au 12, le malade est dans l'état le plus satisfaisant. Pas de douleurs nulle part. La plaie est remplie de bourgeons charnus roses; le pus est épais et de bonne nature. La plaie a diminué d'étendue. Le malade mange une portion.

— M. Huguier entretient encore la Société d'une opération qu'il a pratiquée il y a quelques jours à une femme affectée d'un rectocèle vaginal assez développé pour sortir

par la vulve dans les efforts de la défécation. Cette opération, qui consiste dans l'ablation d'un lambeau pris à la paroi postérieure du vagin, sera décrite dans tous ses détails, ainsi que l'observation, lorsque le malade sortira de l'hôpital.

M. Huguier espère que la guérison ne se fera point attendre.

M. Chassaignac pense que le pessaire de Wilian peut remédier au rectocèle vaginal.

— La séance est levée à cinq heures.

Séance du 20 *septembre* 1848.

Présidence de M. Cullerier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— M. Huguier apprend à la Société l'état satisfaisant de ses deux opérés ; il sera bientôt en mesure de donner l'observation du rectocèle vaginal.

— M. Chassaignac montre un nouveau crayon de nitrate d'argent qu'il a fait fabriquer pour cautériser l'intérieur du col utérin, et qui peut être porté jusque dans la cavité de la matrice sans que les fragments puissent se perdre dans l'utérus. Ce crayon doit sa solidité à une tige de platine qui le parcourt dans toute sa longueur.

M. Chassaignac pense que ce crayon doit remplacer avec avantage la pince à trois branches employée par M. Ricord dans le même but, laquelle, en effet, ne laisse à découvert qu'une surface fort peu étendue de nitrate d'argent, et ne permet point dès lors de pratiquer une cautérisation complète.

M. Marjolin croit qu'une bougie roulée dans du nitrate d'argent en poudre constitue un moyen bien plus simple et tout aussi sûr.

M. Huguier n'emploie dans sa pratique que des crayons

ordinaires. Il sait que ces crayons sont exposés à se fracturer et même à demeurer dans la cavité utérine; mais, selon lui, cet inconvénient ne produit jamais d'accidents sérieux. Il lui est arrivé un jour de perdre, de cette manière, un assez long morceau de nitrate d'argent qu'il ne put ramener malgré de nombreuses injections; il ne survint rien. Depuis cette époque, lorsque pareil inconvénient se reproduit, M. Huguier ne s'en préoccupe point; et, à cet égard, sa tranquillité est telle, qu'il affirme que des morceaux de nitrate d'argent d'un demi et même d'un centimètre de longueur, abandonnés dans l'intérieur de la matrice, sont souvent insuffisants pour modifier certains catarrhes utérins.

M. Chassaignac a peine à croire qu'un fragment de crayon ne puisse amener des accidents quand il demeure dans l'utérus. L'escharification que produit ce caustique lorsqu'il est appliqué sur la peau doit faire craindre le même effet sur le vagin et sur l'utérus; et alors on s'expose à la manifestation de quelques accidents, tels qu'une fistule ou une péritonite.

M. Huguier répond que la présence du nitrate d'argent donne lieu à une hypersécrétion du mucus utérin qui dissout à mesure le caustique, et fait que la cautérisation est fort légère.

— M. Monod présente une pièce fort curieuse d'étranglement interne. Un homme portait une hernie inguinale gauche très volumineuse et irréductible depuis longtemps; il était en proie à des accidents d'étranglement. Mais comme la tumeur n'était point douloureuse, que les environs de l'anneau ne paraissaient point engorgés ni enflammés, et que, d'autre part, la fosse iliaque du côté droit était empâtée et douloureuse, M. Monod diagnostiqua un étranglement interne dans cette région. L'autopsie est venue révéler toute la justesse de son diagnostic. Au-dessous du cœcum existait une bride qui se prolongeait jusqu'au mésentère; puis, sous le cœcum, on a trouvé une fosse assez profonde dans

laquelle s'était engagée une anse de cet intestin. Cette pièce ayant besoin d'être disséquée avec soin pour bien voir les rapports de la portion d'intestin étranglée, M. Gosselin est prié de se charger de cette dissection.

— M. Monod met encore sous les yeux de la Société un énorme ostéo-sarcome de l'humérus droit. Le malade, qui en était affecté depuis dix-huit ans, était commis à la Banque, âgé de quarante-cinq ans ; son membre avait conservé une certaine liberté : ainsi, il pouvait écrire. Vers le mois de novembre, les douleurs devinrent très vives. L'épaule était envahie entièrement sous l'aisselle, les muscles pectoraux, la clavicule et la fosse épineuse. L'opération était une ressource extrême, elle fut jugée praticable. Dans l'ignorance où l'on était des limites du mal, il était prudent, avant tout, de se rendre maître du cours du sang. La sous-clavière fut donc liée en dehors des scalènes; malheureusement l'aiguille de Deschamps, en passant sous l'artère, la piqua, et il survint une hémorrhagie. Le scalène antérieur fut incisé, et une seconde ligature fut appliquée entre les deux muscles scalènes. Le sang s'arrêta, et M. Monod attaqua la tumeur en désarticulant l'humérus par la méthode ovalaire. Une dépendance osseuse de la tumeur se prolongeait autour de la cavité glénoïde ; il fallut l'enlever, ainsi que les extrémités de l'acromion, de l'apophyse coracoïde et de la clavicule : cinquante minutes furent nécessaires pour terminer cette laborieuse opération. Au début, le chloroforme avait été employé; mais on avait été obligé d'y renoncer pour ne pas trop affaiblir le malade. Dans la journée, une hémorrhagie eut lieu; l'appareil fut enlevé, et deux petites artérioles qui donnaient du sang furent liées. Un peu plus tard, il survint quelques accidents nerveux, des syncopes, et le malade s'éteignit épuisé.

L'ostéo-sarcome a le volume d'une tête d'adulte. Il est facile de voir que le point d'origine du cancer est la partie supérieure du col huméral. La pièce, ayant été incisée, a

parfaitement rendu compte de la fluctuation que, pendant la vie, on percevait à la partie inférieure et antérieure de la tumeur. A cet endroit le cancer était tout à fait ramolli.

L'examen microscopique a démontré à M. Lebert « qu'il y avait là un cancer colloïde, à globules grands et pâles, difficiles à reconnaître au premier abord, mais ensuite fort dictincts. C'est cette forme de cancer dans laquelle on ne fait pas suinter à la pression du suc cancéreux liquide, et où, au lieu de celui-ci, il y a une masse gélatineuse semblable à du mucus coagulé (à la pyine des chimistes allemands), mais dans laquelle on retrouve les cellules spécifiques et toujours avec un caractère d'une extrême pâleur et d'une infiltration partielle de graisse. »

M. Chassaignac fait remarquer que la durée d'un cancer doit entrer pour beaucoup dans le parti qu'on doit prendre relativement à l'opération. Les suites de celle-ci doivent toujours être bien chanceuses lorsqu'un cancer réside au sein de l'économie depuis un temps aussi long.

M. Nélaton croit qu'on peut trouver l'explication de cette longue maladie daus l'examen de la tumeur. L'élément osseux peut dater de dix-huit ans; mais il est probable que le cancer ne s'est emparé de la tumeur que beaucoup plus tard. M. Nélaton ne serait même pas éloigné de croire que les douleurs lancinantes qui ont apparu au mois de novembre dernier n'aient été la manifestation extérieure de l'origine du cancer.

— M. Huguier signale à la Société l'avantage qu'il y aurait à rechercher la transparence du sac herniaire dans les cas où la tension extrême de cet organe empêche de percevoir la fluctuation du liquide qu'il renferme. Cette transparence constituerait suivant lui un signe très utile pour reconnaître si l'intestin ou l'épiploon n'adhèrent point à la partie du sac que l'on se propose d'attaquer.

M. Lenoir trouve qu'il n'est pas très difficile de reconnaître l'intestin d'avec le sac en se rappelant la différence

de leur vascularisation. La régularité des vaisseaux de l'intestin ne permet pas de se tromper. Il se demande ensuite comment on pourrait constater la présence de la transparence si le liquide renfermé dans le sac était sanguinolent ou noirâtre.

M. Huguier répond à M. Lenoir que la vascularisation dont il a parlé est facile à distinguer sur des organes sains, mais ne l'est pas lorsqu'il existe une inflammation ou des pseudomembranes. Et, tout en avouant que certains états de liquide renfermé dans le sac peuvent nuire à sa transparence, il n'en persiste pas moins à donner le conseil de rechercher cette transparence pour s'assurer des adhérences intestinales ou épiploïques.

M. Nélaton objecte à M. Huguier que la transparence n'implique pas d'une manière absolue la présence d'un liquide dans le sac herniaire ; des gaz pourraient produire exactement le même effet.

M. Huguier. Le plessimètre déciderait s'il y a des gaz.

M. Nélaton. En théorie, oui ; en pratique, peut-être non, surtout si la tumeur se trouve être d'un petit volume.

— M. Guersant appelle l'attention de la Société sur certains accidents graves qui surviennent quelquefois à la suite d'opérations fort légères.

Il y a quelques jours, il a opéré un enfant qui était affecté d'un hypospadias à la base du gland. L'opération a consisté dans une simple ouverture du gland, l'introduction d'une sonde et l'application d'une suture. Il est survenu un érysipèle de presque toute la surface du corps, et l'enfant a failli périr.

Dernièrement, pour avoir traversé avec un fil un petit kyste situé sur la face dorsale du pied, il a vu naître une inflammation des plus graves de l'articulation tibio-tarsienne.

M. Lenoir fait remarquer que la perforation pure et simple du gland, dans les cas d'hypospadias, est toujours in-

suffisante, et qu'il faut agrandir l'ouverture. Dès lors des hémorrhagies sont à craindre, ainsi qu'une phlébite ou même l'infection purulente.

Il pense en outre que la cicatrisation de l'hypospadias est extrêmement difficile à obtenir, tandis que l'ouverture faite au gland tend toujours à se refermer. Pour lui, il n'opère plus ces vices de conformation.

M. Chassaignac, sans chercher à guérir les enfants affectés d'hypospadias, se contente d'agrandir l'ouverture anormale, dans le seul but de faciliter l'émission des urines. Il prend la précaution d'introduire une sonde un jour ou deux pour assurer l'agrandissement de l'orifice. Quant aux kystes dont a parlé M. Guersant, il les traite par l'injection iodée avec un succès constant.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Séance du 27 septembre 1848.

Présidence de M. Cullerier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Lenoir a eu l'occasion, depuis la dernière séance, d'opérer une hernie, et il en a profité pour rechercher le nouveau signe de M. Huguier. Bien qu'il y ait eu du liquide dans le sac herniaire, il n'a pu trouver de transparence. Il en conclut que ce signe n'est pas aussi facile à rencontrer que l'affirmait M. Huguier.

— M. Nélaton propose à la Société d'ajourner à une des prochaines séances le rapport dont il a été chargé sur le mémoire de M. Giraldès. M. Giraldès devant exposer des pièces à l'appui des opinions émises dans son travail, M. Nélaton pense qu'il est préférable d'attendre la production de ces pièces pour mieux juger et le mémoire et le rapport. M. Nélaton demande en outre que pour ne point retarder la réception de M. Giraldès, on mette immédiatement aux voix

les conclusions de son rapport. La proposition de M. Nélaton est adoptée, et M. Giraldès est nommé à l'unanimité membre titulaire de la Société.

— M. Chassaignac a examiné une malade présentée par M. Michon. Son avis est que l'affection consiste simplement dans une collection de ganglions, dont quelques-uns ont commencé à se ramollir. Le peu de mobilité de la tumeur donne la crainte à M. Chassaignac qu'elle n'ait des ramifications profondes; aussi n'oserait-il point y toucher.

M. Nélaton partage la même opinion. Il croit cependant à une fluctuation qui permettrait d'essayer une ponction.

M. Michon avoue que, lorsqu'il vit sa malade hier, la peau était tellement rouge qu'il pensa avoir affaire à un abcès. Il ignorait alors que cette malade eût consulté M. Blandin, et que des frictions eussent été pratiquées sur la tumeur. La rougeur des téguments occasionnée par ces frictions le trompa, et lui fit supposer que la peau se ramollissait et qu'un abcès allait s'ouvrir. Aujourd'hui il se range à la manière de voir de MM. Chassaignac et Nélaton.

— M. Guersant rapporte qu'il vient de réduire une luxation du coude datant de quarante et un jours. Le cubitus était complétement luxé en arrière; quant au radius, il était à peu près en rapport avec l'humérus. M. Guersant s'est servi du chloroforme, et a vu la réduction s'opérer au bout d'un quart de minute.

— M. Vidal a trouvé, il y a quelques jours chez un aliéné qui s'était précipité d'une fenêtre, une luxation du cubitus en arrière qui présentait cela de particulier qu'il existait en avant une plaie en rapport avec la veine basilique, et offrant la plus grande analogie avec la piqûre d'une lancette. M. Vidal n'a pu se rendre compte de la manière dont cette plaie s'était opérée, et il se demande encore si elle a été produite par la cause qui a déterminé la luxation ou bien par un instrument quelconque dont se serait armé l'aliéné. Aucun instrument néanmoins n'a pu être retrouvé.

— M. Nélaton présente à la Société, de la part de M. le docteur Verda, un mémoire fort bien fait sur la désarticulation de la cuisse.

M. Nélaton est chargé de faire un rapport sur ce travail.

— M. Monod rappelle à la Société le moyen qu'il a proposé pour arrêter les hémorrhagies à la suite de l'excision des amygdales. Selon lui, ces hémorrhagies ne peuvent être entretenues que par les efforts d'expuition et de déglutition; aussi cessent-elles d'elles-mêmes lorsque la bouche reste ouverte. Dernièrement, un individu opéré par M. Monod eut une hémorrhagie tellement abondante que quelques minutes suffirent pour remplir une demi-cuvette. La bouche fut maintenue béante et l'écoulement de sang ne tarda point à cesser. M. Monod croit qu'il est prudent de n'opérer qu'une amygdale à la fois. Il a été appelé, il y a quelque temps, pour un malade auquel on avait excisé les deux tonsilles et qui éprouva d'abondantes hémorrhagies à différentes reprises et pendant plusieurs jours. Quoique l'intermittence du pouls et la connaissance de certains antécédents aient pu faire supposer qu'une affection du cœur ait été pour quelque chose dans la reproduction de ces hémorrhagies, M. Monod pense qu'on les aurait, sinon expulsées, du moins rendues moins graves par l'ablation d'une seule amygdale.

M. Chassaignac a la conviction que la simple ouverture de la bouche est incapable de tarir certaines hémorrhagies. La glace lui paraît un moyen beaucoup plus sûr, et il rappelle la communication qu'il a déjà faite à ce sujet. Il croit, en outre, qu'il n'est pas aussi facile que le pense M. Monod de conserver la bouche constamment ouverte avec le sang qui s'écoule et tombe dans le pharynx. Certains mouvements de déglutition sont impossibles à prévenir et nécessitent dès lors le rapprochement des lèvres.

M. Monod répond à M. Chassaignac qu'il n'est point difficile de maintenir la bouche ouverte, pourvu qu'on ait la

précaution de pencher la tête en avant et sur le côté. A son sens, plus un moyen est simple, plus il est préférable : on n'a point toujours de glace à sa disposition, on peut toujours maintenir la bouche ouverte.

M. VIDAL est d'avis, en présence d'une perte de sang inquiétante, de tenter les deux moyens ensemble : l'application de la glace et l'ouverture de la bouche. Quant à lui, il regarde ces hémorrhagies redoutables comme la conséquence de la lésion des piliers du voile du palais dans le cours de l'opération, et il pense qu'avec un peu de précaution il est facile de les éviter. Une fois, il a été témoin d'une hémorrhagie très sérieuse qui était bien évidemment le résultat d'une lésion semblable.

M. MARJOLIN regarde le contact de l'air comme étant très efficace pour arrêter le sang ; il a vu souvent ce liquide cesser de couler lorsqu'on permettait à l'air de venir rafraîchir les surfaces d'où sourdait l'hémorrhagie.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Séance du 4 octobre 1848.

Présidence de M. CULLERIER.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— M. HUGUIER demande la parole à propos du procès-verbal, et rapporte que depuis la dernière séance il a eu l'occasion d'opérer une hernie inguinale. Après avoir disséqué avec soin les téguments, il montra à tous les assistants la transparence parfaite de la tumeur. Une petite incision donna issue à un liquide séreux, jaunâtre, renfermé dans une cavité qui n'était autre que la tunique vaginale. De nouvelles incisions, couches par couches, permirent d'arriver sur un nouveau point, non fluctuant et non transparent : c'était le sac qui renfermait l'intestin ; il était dépourvu de liquide.

Le cas observé par M. Huguier offrait encore cette particularité, qu'il existait deux solutions de continuité à l'intestin, l'une complète, la seconde comprenant seulement la séreuse et les fibres charnues. Ces deux plaies furent rapprochées par plusieurs points de suture, de manière à adosser la séreuse, et l'intestin, quoique d'un rouge assez violacé, fut réduit dans l'abdomen; il n'y eut que les fils des sutures qui furent maintenus au dehors. Quatre jours se sont écoulés depuis cette opération, et, à part une très légère entérite, il n'est survenu aucun accident.

M. Chassaignac regrette que M. Huguier n'ait pas employé la suture conseillée par A. Cooper; il eût ainsi évité, en réduisant l'intestin, de ramener au dehors les fils qui, dans son procédé, constituent de véritables corps étrangers et peuvent devenir la source d'accidents mortels.

M. Huguier. Le procédé qu'indique M. Chassaignac est connu de tout le monde. En le mettant en usage dans le cas qui nous occupe, il aurait présenté un grave inconvénient, celui de rétrécir l'intestin principalement dans deux points, ce qu'il importait d'éviter. De plus, dans le procédé d'A. Cooper, les fils constituent tout aussi bien un corps étranger d'autant plus dangereux que, s'ils ne se perdent pas dans l'intérieur de l'intestin, rien ne les empêche de tomber dans la cavité abdominale. La manière dont on exécute cette suture doit surtout contribuer à produire cet accident, puisqu'en adossant muqueuse contre muqueuse on met l'intestin dans les conditions les plus fâcheuses pour opérer sa réunion.

M. Chassaignac. L'idée qu'on voudrait faire adhérer muqueuse contre muqueuse est on ne peut plus fausse. En effet, ce procédé a pour résultat de couper la muqueuse en produisant une inflammation ulcérative qui permet ensuite à la lymphe plastique de faire adhérer la séreuse. De nombreuses expériences ont d'ailleurs démontré l'efficacité de

cette suture, et répondent victorieusement aux reproches de M. Huguier.

M. Maisonneuve rappelle à la Société qu'il existe trois procédés principaux pour la suture intestinale. Le premier, souvent employé par M. Jobert, est dû à Imbert; le second est celui d'A. Cooper; le troisième enfin appartient à M. Gely. Ce dernier a l'avantage, comme celui d'A. Cooper, de faire tomber les fils dans l'intérieur de l'intestin. M. Maisonneuve ne voit donc pas l'avantage qu'il y a dans la modification employée par M. Huguier.

M. Giraldès pense que le procédé de M. Gely est fait pour des cas semblables à celui de M. Huguier. L'année dernière, dans une opération de hernie inguinale, ayant fait par accident une plaie d'un centimètre à l'intestin, il appliqua le procédé de M. Gely et il eut lieu de s'en applaudir.

— M. Loir fait un rapport verbal sur les travaux de la Société des sciences médicales de l'arrondissement de Gannat pour l'année 1847.

— M. Morel-Lavallée communique une note sur le pansement des plaies qui lui a été remise par M. Senn, de Genève, membre correspondant de la Société.

Dans cette note, M. Senn propose de supprimer le cérat, le linge troué, le cataplasme et l'éponge.

Le cérat aurait l'inconvénient, suivant notre confrère de Suisse, de former sur le moignon, en se desséchant et en s'amalgamant avec le pus, un enduit fort difficile à détacher; il se rancit facilement et produit souvent des éruptions miliaires, quelquefois même pustuleuses.

Le linge troué et cératé s'oppose à la libre sortie du pus, et de cette manière force les moignons à baigner constamment dans ce liquide. M. Senn n'emploie donc plus le linge troué et le cérat, il les remplace par de la charpie très courte, de deux à quatre lignes de longueur, qu'il pose perpendiculairement sur la plaie par ses extrémités, pour rendre l'absorption plus facile. La charpie ainsi placée, M. Senn

l'enveloppe ou la recouvre de taffetas ciré, puis d'une pièce de linge, d'une bande ou d'un mouchoir. Ce taffetas ciré, appliqué directement sur la charpie, a l'avantage d'y retenir la transpiration insensible, rend cette charpie moite et humide, l'empêche de se dessécher sur les bords de la plaie, d'y adhérer, de faire saigner les bourgeons charnus en déchirant les capillaires, et fait qu'au moment où le pansement est renouvelé, tout s'enlève sans qu'il soit besoin de mouiller d'éponge et de laisser plus ou moins longtemps la plaie à découvert.

Pour M. Senn, les avantages du taffetas ciré sont tels qu'ils doivent faire abandonner l'usage des cataplasmes. Il reproche à ces derniers leur facile dessication, la promptitude avec laquelle certaines farines se rancissent, les érythèmes qu'ils occasionnent, etc. Le taffetas ciré, en retenant la transpiration insensible, entretient autour des plaies une douce chaleur, une humidité salutaires, sans offrir les mêmes inconvénients que les cataplasmes.

L'éponge est encore frappée de proscription par M. Senn. Employée indistinctement pour tous les malades d'une même salle, elle peut, elle doit même propager certaines affections contagieuses, la pourriture d'hôpital, par exemple. M. Senn la remplace par un linge.

Enfin, M. Senn fait des vœux pour que les malades, à leur arrivée à l'hôpital, soient, à moins d'indication contraire, immédiatement mis au bain. Depuis longtemps, il a recours à cette mesure hygiénique à l'hôpital de Genève, et il en retire les plus grands avantages.

M. Marjolin ne partage point toutes les idées de M. Senn. Il fait remarquer que, lorsque le cérat est seulement appliqué sur la plaie, il ne peut salir ses environs et produire ces enduits dont a parlé M. Senn. Il n'a pas vu non plus qu'un linge troué bien fait, recouvert de charpie médiocrement pressée, nuisit à la libre sortie du pus. M. Marjolin n'admet pas davantage qu'on puisse renoncer aux

cataplasmes pour les raisons données par M. Senn ; et il pense, comme tout le monde, que la farine de lin fraîche et pure constituera toujours un excellent topique.

Quant à l'éponge, M. Marjolin ne s'en sert plus que dans le cours des opérations, et depuis longtemps il l'a aussi remplacée par un simple linge pour les pansements ordinaires, évitant, ainsi que M. Senn, le grave inconvénient de se servir de la même éponge pour tous les malades d'une seule salle. M. Senn, ajoute M. Marjolin, fait des vœux pour que les malades soient mis au bain le jour de leur entrée à l'hôpital; ces vœux sont accomplis à l'hospice de Bon-Secours. A moins d'une indication contraire, tous les malades y sont baignés, lavés et rasés. Paris, sous le rapport de la propreté, n'a donc rien à envier à Genève.

M. Chassaignac croit que la charpie, employée comme l'indique M. Senn, doit être irritante, et il fait remarquer que dans le pansement des plaies pàr *occlusion*, le cérat ne peut leur causer aucun préjudice. Il considère comme devant présenter de graves inconvénients l'humidité produite par le taffetas ciré de M. Senn. Cette humidité résultant de la transpiration et renfermée avec du pus, de la sanie, ne peut être que nuisible. M. Chassaignac reconnaît aux cataplasmes de fécule certains inconvénients; ils se dessèchent assez vite et finissent par durcir. Aussi, dans la pratique, il les remplace par du riz, et fait mettre de l'huile sur les bords pour empêcher qu'ils ne s'attachent aux téguments.

M. Michon fait observer que la recommandation de ne pas employer les mêmes objets pour différents malades n'est pas neuve. Il y a vingt-cinq ans, M. Marjolin enseignait cette pratique, qu'il avait apprise de ses maîtres. Il lui paraît difficile de se passer d'éponge dans la plupart des opérations pour arrêter certaines hémorrhagies, et il ne comprend pas qu'on attaque autre chose que son mauvais emploi.

— M. Monod donne lecture d'un rapport sur une obser-

vation communiquée à la Société de chirurgie par M. Pitha, professeur de clinique chirurgicale à l'hôpital général de Prague. Cette observation, écrite en allemand, porte pour titre : *Hernie scrotale énorme; usure gangréneuse de la vessie, l'infiltration urineuse du tissu cellulaire sous-péritonéal simulant une hernie de vessie.*

Les conclusions du rapport sont : La traduction en français de l'observation, et son renvoi au comité de publication; la nomination de M. Pitha comme membre correspondant de la Société.

La première conclusion est mise aux voix et adoptée. La seconde est remise à la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Séance du 11 *octobre* 1848.

Présidence de M. Cullerier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Huguier demande la parole à propos du procès-verbal, pour donner des nouvelles du malade qu'il a opéré. Deux des fils sont tombés; il n'est survenu aucun accident, et tout fait espérer que la guérison ne se fera point attendre.

— M. Giraldès communique à la Société quelques réflexions du plus haut intérêt sur la cause présumée de la mort à la suite des inspirations chloroformiques. M. Giraldès a constaté la présence de l'air dans les veines à l'autopsie d'un malade qui a succombé dans son service vingt-quatre heures après avoir subi une opération, dans laquelle il avait employé le chloroforme. Pendant l'inhalation, ce malade s'était livré à de grands efforts d'inspiration et d'expiration; il avait eu des mouvements convulsifs et même tétaniques. M. Giraldès attribue à la déchirure des vésicules bronchiques le passage de l'air dans le systeme veineux, et

cite, à l'appui de sa manière de voir, un fait recueilli par un de ses élèves dans le service de M. Gosselin, fait qui lui paraît on ne peut plus concluant.

Un malade affecté de tétanos succombe quarante-huit heures après avoir été soumis au chloroforme. A l'autopsie on découvre les altérations suivantes :

Aucune trace de putréfaction à l'extérieur; le ventre est un peu ballonné. Les poumons, à l'ouverture de la poitrine, ne s'affaissent point; ils n'ont pas de tendance non plus à se porter au dehors. Absence d'épanchement dans les plèvres. Le médiastin antérieur présente son tissu cellulaire infiltré d'air et très distendu. Les poumons, examinés en place, sont emphysémateux à leur surface, et il est facile d'apercevoir de l'air sous leur enveloppe pleurale; cependant la main en les pressant ne trouve point la crépitation caractéristique de l'emphysème. Le cœur est très volumineux; le ventricule droit, énormément distendu, recouvre presque le ventricule gauche et occupe la moitié de la cavité du péricarde; à la percussion, il rend un son clair; en le pressant en tous sens, de manière à distendre les parois, il s'en échappe de l'air avec sifflement au moment où on le traverse d'un coup de bistouri; le sang qui en sort est noir spumeux, mélangé avec de l'air. Le ventricule gauche n'a rien offert de particulier qu'une sécheresse notable de ses parois. La veine-cave inférieure, énormément distendue, sonore, contenait aussi de l'air et du sang spumeux. Cet état se prolongeait jusque vers l'iliaque et même jusque dans la fémorale et la circonflexe iliaque. Il en était de même de la veine rénale et des veines sus-hépatiques. La veine splénique et la veine-porte n'offraient point les mêmes caractères.

Lorsque les poumons furent détachés, on put voir sous la plèvre pulmonaire des plaques emphysémateuses dont quelques-unes avaient l'étendue d'une pièce de 2 francs, et formaient une saillie d'un à deux millimètres, principalement

sur les parties latérales du poumon. Cet air pouvait se déplacer, de manière qu'en le faisant cheminer on réunissait une ou deux plaques; on pouvait encore le faire circuler dans les vésicules qui sont à la superficie. Cette altération était plus marquée à gauche qu'à droite. En les incisant, on trouve les poumons noirs, durs, non friables et nullement crépitants. Le sang qui s'en écoule n'est pas spumeux. Le sinus longitudinal renfermait peut-être de l'air, car il était complétement vide de sang, tandis que les veines de la dure-mère qui s'y rendaient étaient pleines de sang spumeux. La moelle présentait au niveau de la région dorsale une teinte jaunâtre et un peu de ramollissement. Toutes les veines du rachis étaient gorgés de sang, et la surface interne de la dure-mere imbibée de ce liquide.

M. Guersant pense que les gaz trouvés dans les poumons n'étaient probablement point de l'air, et s'étaient développés spontanément, comme cela arrive assez souvent à la suite des morts subites. Il a eu l'occasion d'autopsier des criminels peu de temps après leur supplice, et il a toujours rencontré des gaz infiltrés sous la muqueuse de l'estomac, ainsi que dans le tissu pulmonaire.

M. Chassaignac a remarqué, comme M. Guersant, que chez les individus qui succombaient rapidement à la suite de lésions traumatiques considérables, il se développait dans l'économie des gaz en grande quantité. M. Chassaignac serait porté à expliquer ce phenomène par une espèce de décomposition instantanée du sang, comme cela arrive quelquefois chez les animaux surmenés. Au surplus, M. Chassaignac avoue que son hypothèse ne repose sur aucune expérience qui lui soit propre.

M. Nélaton rappelle à la Société qu'il existe certaines affections déterminées par la rupture des vésicules pulmonaires et l'infiltration de l'air sous la plèvre et dans le tissu cellulaire ambiant. Louis et les auteurs qui l'ont suivi ont rapporté des observations dans lesquelles ces déchirures

étaient dues au passage de corps étrangers. L'air, en gagnant le médiastin postérieur, se rend aux parties latérales du col et apparaît au-dessus des clavicules. A ces signes, il est donc on ne peut plus facile de diagnostiquer ce genre d'emphysème qui paraîtrait se comporter autrement dans les faits cités par M. Giraldès. Quant au passage de l'air dans le système veineux à la suite de la rupture des vésicules pulmonaires, M. Nélaton le comprend difficilement, alors que le tissu cellulaire ambiant lui offre une voie si commode pour s'y répandre. En conséquence, M. Nélaton est disposé à expliquer, dans les faits de M. Giraldès, la présence de l'air dans les veines par une simple exhalation favorisée par le chloroforme.

M. Huguier a souvenance d'un cholérique chez lequel il survint un emphysème au milieu de violents efforts pour vomir. Comme l'indiquait tout à l'heure M. Nélaton, l'emphysème apparut au cou et gagna jusqu'aux tempes. Cet accident n'eut pas de suites fâcheuses. M. Huguier en tire la conséquence que, si le chloroforme est susceptible de faciliter la rupture des vésicules pulmonaires pendant de fortes inspirations, il faut chercher ailleurs la cause de la mort qui survient quelquefois.

M. Gosselin profite de la communication de M. Giraldès pour annoncer à la Société qu'il a entrepris une série d'expériences sur différents animaux qui lui ont démontré que le chloroforme déterminait toujours la déchirure des vésicules pulmonaires, de l'emphysème et le passage de l'air dans le sang veineux. Chez ces animaux, la mort n'a pas été instantanée; chez quelques-uns même, elle n'a pas eu lieu. Il en conclut que la rupture des vésicules pulmonaires, le passage de l'air dans les veines ne sont pas la cause de la mort pendant ou après les inspirations chloroformiques. Cette cause, M. Gosselin se réserve de l'apprendre un peu plus tard à la Société.

M. Nélaton, ajoute M. Gosselin, se demandait il y a un

instant si l'air renfermé dans les veines ne constituait point une altération cadavérique, si les choses ne se passaient point comme dans les faits de M. Guersant. Mais , chez les chiens que j'ai sacrifiés, j'ai trouvé une minute après la mort de l'air dans les vaisseaux veineux. La décompósition cadavérique, ne pouvant s'opérer en une minute, ne doit donc pas être invoquée pour expliquer le passage de l'air dans les veines.

M. Maisonneuve se demande si on a apporté toute l'attention désirable dans l'examen des faits énoncés par M. Giraldès. Etait-ce bien de l'air? n'étaient-ce point plutôt des gaz dus à la putréfaction? Quelles précautions ont été prises pour s'en assurer? Enfin, il paraît douteux à M. Maisonneuve que le tissu pulmonaire soit assez friable pour se laisser rompre pendant les inspirations chloroformiques.

M. Giraldès fait remarquer à M. Nélaton que l'objection qu'il a fournie en citant les exemples de corps étrangers qui amènent la rupture des bronches , l'emphysème du poumon et des parties latérales du cou corrobore sa manière de voir, bien loin de l'infirmer, puisque dans le fait qui a amené la discussion il y avait une infiltration d'air sous les plèvres et dans le médiastin.

M. Giraldès répond à M. Gosselin que , quelle que fût l'explication donnée, il ne fallait point perdre de vue le point de départ de la question ; or, ce point de départ ce sont les lésions organiques constatées, à savoir : la distension, la rupture des vésicules bronchiques , l'emphysème pulmonaire et sous-pleural , la présence de l'air dans le cœur et les vaisseaux veineux , enfin , l'état écumeux et spumeux du sang. Or, avec des lésions semblables, est-il possible qu'il ne survienne point les accidents les plus graves? D'ailleurs, les physiologistes n'ont-ils pas démontré qu'on tuait les animaux en leur insufflant de l'air dans la trachée?

M. Morel-Lavallée. Pour que les expériences de M. Gosselin fussent bien concluantes, il faudrait, ce me semble, une série de faits où, sous l'administration préalable du chloroforme, on n'aurait pas constaté le phénomène attribué à cet agent, la pénétration de l'air dans les veines. J'ajoute qu'ici une grande réserve est commandée par l'imperfection des procédés à l'aide desquels on a jusqu'à ce jour recherché les gaz dans les vaisseaux. Il y a dans cet examen une précaution qu'on a négligée et qui cependant est indispensable, c'est l'ouverture du vaisseau *sous l'eau*, en prenant soin encore de ne pas confondre des bulles détachées des parties extra-vasculaires avec celles qui s'échappent du vaisseau. Sans cette précaution, avec quelle facilité la présence d'un gaz dans un vaisseau ne pourra-t-elle pas rester inaperçue ?

M. Giraldès, tout en convenant avec M. Maisonneuve que l'analyse chimique eût été nécessaire pour donner plus de rigueur à ses observations, ne comprend plus sa manière de raisonner lorsqu'il réfute un fait, la friabilité du poumon, en invoquant sa croyance ; car dans les sciences on ne doit pas avoir d'opinion préconçue, il faut toujours procéder par démonstration.

M. Lenoir s'étonne de la peine que l'on prend à découvrir la source probable du sang dans les veines après les inspirations de chloroforme. On sait aujourd'hui qu'à l'état normal il existe de l'air dans le système vasculaire, en petite quantité il est vrai ; mais n'est-il pas facile de comprendre que cette quantité ne puisse être considérablement augmentée sous l'influence d'un agent tel que le chloroforme ?

— La nomination de M. Pitha, professeur de clinique chirurgicale à l'hôpital de Prague, à une place de membre correspondant de la Société est mise aux voix et adoptée à l'unanimité.

— M. Chassaignac rapporte qu'il a dernièrement opéré un vieillard âgé de quatre-vingt-quatre ans d'une hernie in-

guinale étranglée. Les accidents marchaient très vite; la face était grippée; les douleurs devenaient intolérables lorsqu'on pressait la tumeur en la refoulant vers le collet du sac. L'impossibilité de la réduction une fois démontrée, M. Chassaignac se décida à l'opération, et, lorsqu'il dut s'occuper du débridement, il constata de nouveau l'extrême sensibilité de l'anneau. Le seul fait sur lequel M. Chassaignac a voulu attirer l'attention, c'est la sensibilité exagérée du collet du sac ou de l'anneau.

M. Lenoir regrette qu'on n'ait pas eu l'idée de rechercher s'il y avait un corps étranger dans l'intestin. Cette circonstance aurait pu rendre compte de l'extrême sensibilité de l'anneau.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Séance du 18 octobre 1848.

Présidence de M. Cullerier.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— Chassaignac annonce que le vieillard de quatre-vingt-quatre ans, auquel il a fait une opération de hernie étranglée, est dans un état satisfaisant.

M. Nélaton rapporte, à cette occasion, qu'il a pratiqué la même opération à un vieillard de quatre-vingt-deux ans, qui, pendant une nuit, eut l'imprudence de se lever, d'enlever son pansement et de faire des efforts pour se remettre au lit. Plus de la moitié de l'intestin grêle sortit par la plaie; il fallut procéder à une nouvelle réduction, et le malade a néanmoins guéri.

M. Chassaignac eut affaire aussi, chez son opéré, à l'issue d'une grande masse intestinale au moment où il faisait le pansement; il a été obligé de réduire de nouveau, et d'exercer la compression avec un bandage. M. Chassaignac s'est même demandé, à propos de ce fait, s'il ne serait pas

avantageux de placer toujours un bandage par-dessus le pansement après l'opération de la hernie.

M. Maisonneuve pense que la réunion de la plaie par des points de suture peut avoir l'avantage de s'opposer à cette issue de l'intestin dans les jours qui suivent l'opération. Il croit, en outre, que le spica, généralement employé pour le pansement, est tout aussi efficace que le bandage, et même qu'il remplit mieux l'indication. Quel que soit d'ailleurs le pansement, si l'on a affaire à un malade indocile ou inintelligent, comme l'était celui de M. Nélaton, on pourra toujours avoir des accidents.

M. Chassaignac ne croit pas que la suture suffise pour prévenir le retour de la hernie ; sans doute elle empêchera l'intestin de s'échapper au dehors, mais elle ne s'opposera pas à son introduction dans le canal inguinal, ce qui est le véritable danger. On ne peut donc regarder la suture comme un moyen contentif efficace, et l'emploi du bandage lui paraît beaucoup plus sûr.

M. Huguier met sous les yeux de la Société les fils de la suture intestinale qu'il avait pratiquée pour une perforation consécutive à une hernie étranglée. Ces fils sont tombés depuis quelques jours, et le malade va bien.

M. Chassaignac voudrait savoir quelle a été pour M. Huguier la cause de cette perforation. Quant à lui, il pense que les petites plaies sont produites par une ulcération consécutive à la pression de l'intestin contre les bords de l'ouverture herniaire, et qu'elles sont accompagnées d'un travail inflammatoire qui met l'intestin dans de mauvaises conditions pour la réunion.

M. Huguier pense que chez ce malade la perforation a été plutôt la conséquence des efforts de taxis, et qu'ainsi l'intestin ne se trouvait pas dans les mauvaises conditions dont parle M. Chassaignac.

— M. Monod lit un rapport sur une observation de tu-

meur du scrotum présentée par M. Escallier. Ce travail et le rapport sont envoyés au comité de publication.

— M. Huguier fait voir la tête d'un sujet sur lequel il a tiré à dix-sept pas de distance un coup de fusil chargé d'une seule balle; le coup a porté sur la région temporale, près la base du rocher. La lésion produite est remarquable; tous les os de la voûte et de la base ont été broyés; le cerveau s'est échappé, les parties molles ont été déchirées en lambeaux. On dirait une blessure produite par une chute d'un lieu très élevé.

M. Chassaignac demande si la tête était intacte avant l'expérience, et si les fractures n'auraient pas été produites préalablement par la chute du cadavre.

M. Deguise fils ne s'explique un délabrement aussi considérable que dans la supposition que la cartouche entière serait entrée dans le crâne et aurait éclaté comme une bombe; ce qui est fort difficile à comprendre, d'après la distance à laquelle le coup a été tiré.

M. Maisonneuve croit que l'explosion dans l'intérieur du crâne pourrait s'expliquer par ce fait, que souvent après avoir déchiré la cartouche on y laisse une partie de la poudre et on l'enveloppe dans la bourre. Il se peut donc que cette portion de poudre n'ait pas été brûlée au moment où le coup a parti, et qu'elle ait fait explosion plus loin.

M. Morel n'admet pas l'explication de M. Maisonneuve. Car il arrive de deux choses l'une, ou bien la poudre est sèche, alors elle s'enflamme au moment où le coup part; ou bien la poudre est mouillée, alors elle ne part pas du tout; ou son explosion n'a pas assez de force pour produire ce désordre, ni même pour chasser la balle. En outre, quand une bombe éclate, tout est noirci et par la combustion et par la poudre qui n'a pas été brûlée; or sur la pièce de M. Huguier on ne voit pas de coloration noire. M. Morel pense que, quelle qu'en soit l'interprétation, ce fait est assez extraordinaire pour appeler de nouvelles expériences.

M. Huguier fait observer que la manière dont l'arme a été chargée ne permet pas d'admettre l'opinion de MM. Deguise et Maisonneuve; il croit que la poudre enveloppée dans une bourre ne saurait aller si loin sans être brûlée. Il pense que la multiplicité des lésions tient surtout à ce que la balle a frappé à la jonction de la voûte avec la base du crâne, et a communiqué à ces deux parties simultanément un ébranlement considérable.

— M. Guersant montre à la Société un exemple d'affection tuberculeuse des reins recueilli sur un enfant qui avait des tubercules dans tous les organes, excepté dans les poumons. Les tubercules des reins sont assez rares. C'est la troisième fois que M. Guersant en rencontre.

— M. Maisonneuve rapporte qu'il a fait dernièrement la ponction d'une hydrocèle, et qu'il a retiré sept litres et demi de liquide. Il existait en même temps une hernie considérable. Cette hernie cessant d'être soutenue par le liquide de l'hydrocèle, est devenue plus volumineuse, et le malade a eu une lipothymie.

M. Maisonneuve rapporte, en outre, une observation de cancer ulcéré des ganglions inguinaux consécutif à l'ablation d'une tumeur du creux du jarret deux ans auparavant. La maladie paraissait incurable ; cependant, ne trouvant ni tumeurs dans le ventre, ni cachexie, M. Maisonneuve se décida à attaquer le mal par le caustique ; il employa le chlorure de zinc, et l'appliqua sur l'artère et la veine fémorales qui avaient été disséquées et mises à nu par le travail d'ulcération. Une hémorrhagie peu abondante survint à la chute de l'eschare ; M. Maisonneuve crut devoir pratiquer néanmoins la ligature de l'artère iliaque externe. L'eschare a continué de s'étendre, et s'est détachée lentement. La veine fémorale est restée intacte ; la saphène seule a éprouvé une perte de substance; au contraire, l'artère a été comme encochée ; sa perte de substance se resserre et diminue graduellement. M. Maisonneuve est disposé à penser

que l'application du caustique a déterminé la formation d'un caillot qui explique le peu d'abondance de l'hémorrhagie.

M. Nélaton demande quelles étaient les limites supérieures de ce cancer de l'aine.

M. Maisonneuve répond qu'il était limité en haut par une ligne répondant exactement au ligament de Fallope.

La séance est levée à cinq heures.

Séance du 25 *octobre* 1848.

Présidence de M. Cullerier.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

A l'occasion du procès-verbal, M. Monod rappelle plusieurs faits qui lui font trouver un peu moins merveilleux le résultat obtenu par M. Huguier dans son expérience sur le cadavre. Un jeune homme se présenta à la maison de santé avec un broiement des plus considérables de l'avant-bras et une très forte dilacération des parties molles. Il avait été atteint d'une balle partie d'une fenêtre; un autre avait eu la voûte du crâne complétement emportée, la base seule restait. M. Richet a dit à M. Monod avoir été témoin d'un fait semblable sur un garde national tué à l'une des barricades de la rue Saint-Jacques.

M. Deguise fils a répété l'expérience de M. Huguier. Il a placé le cadavre sur une table, a fixé la tête avec une érigne, sans lui fournir aucun point d'appui par derrière, et a marqué au-dessus de l'oreille le point qu'il voulait atteindre. Le coup est parti, la balle a dévié légèrement, et a pénétré un demi-pouce au-dessus du lieu qui avait été marqué, c'est-à-dire en un point qui n'était pas à l'intersection du crâne et de la face. Néanmoins il y a eu un délabrement considérable, la voûte du crâne a sauté tout entière en éclats, les parties molles ont été dilacérées; le cerveau a été emporté.

Il y a seulement cette différence entre le résultat obtenu ici et celui de M. Huguier que les os de la base n'ont pas été fracturés comminutivement.

M. Cullerier fait observer que, dans le fait rapporté par M. Richet à M. Monod, l'enlèvement complet de la calotte du crâne a été dû à un coup tiré à bout portant par une personne placée dernière. C'est du moins ce qui lui a paru démontré par les informations prises sur cet individu qui appartenait à la 11e légion.

M. Morel a vu en février, parmi les cinquante cadavres qui ont été apportés à l'hôpital de la Charité, celui d'un individu chez lequel aussi la calotte du crâne avait été enlevée tout entière.

M. Huguier fait observer que dans les faits dont on vient de parler on ne sait pas à quelle distance le coup a été tiré, ni si les armes avaient été chargées d'une seule ou de deux balles; s'il y avait ou non des chevrotines. Dans son expérience, au contraire, ce qui est remarquable, c'est l'étendue du délabrement avec la certitude que le fusil était chargé d'une seule balle, et que le coup a été tiré à dix-sept pas. D'ailleurs les os de la base, comme ceux de la voûte, étaient brisés, ce qui n'a pas eu lieu dans l'expérience de M. Deguise, non plus que dans les cas d'ablation de la voûte cranienne.

— M. Maisonneuve montre à la Société les pièces anatomiques recueillies sur la malade chez laquelle il avait cautérisé un cancer de la région inguinale; cette femme est morte de la pourriture d'hôpital, qui avait envahi la plaie. M. Maisonneuve avait cru voir pendant la vie une destruction incomplète et, par suite, une échancrure à l'artère fémorale; mais ce vaisseau avait été détruit complétement par le caustique dans une étendue de quatre centimètres. Ce que l'on apercevait, c'était l'artère fémorale profonde oblitérée par un caillot au niveau de la plaie. Le tronc de

la fémorale superficielle et celui de l'iliaque externe étaient oblitérés également par des caillots.

M. Nélaton désire que M. Maisonneuve examine sur ces pièces si les artères sont plus friables que dans l'état normal. On a dit que ces vaisseaux perdaient de leur résistance, et se laissaient couper plus facilement par les ligatures lorsqu'ils étaient enflammés; pour lui, il a depuis longtemps abandonné cette opinion, et il a plusieurs fois pratiqué la ligature d'artères enflammées, sans qu'elles se soient coupées plus vite que d'autres. Ici l'artère crurale a été enflammée par les caustiques; M. Nélaton voudrait donc que l'on cherchât si elle est devenue plus friable.

M. Chassaignac regrette que M. Maisonneuve n'ait pu savoir par quel bout a eu lieu l'hémorrhagie qui a nécessité la ligature de l'artère iliaque externe. On croit généralement que les caustiques amènent la formation d'un caillot, et par conséquent ne permettent pas qu'une hémorrhagie ait lieu; or, le fait de M. Maisonneuve prouve qu'il n'en est pas ainsi, puisque, après l'application du caustique, il a fallu faire une ligature pour arrêter l'hémorrhagie. S'il en devait être souvent ainsi, on conçoit que les caustiques appliqués sur les artères pourraient devenir très dangereux, surtout dans les cas où il ne serait pas possible de placer un fil au-dessus du point par où l'hémorrhagie se produirait.

— M. Maisonneuve fait voir un goître volumineux formé par l'hypertrophie du corps thyroïde et le développement de kystes nombreux dans son épaisseur; le lobe droit, qui était le plus gros, s'accrut très rapidement; des accès de suffocation ne tardèrent pas à se manifester; les accidents prirent une grande intensité, et le malade succomba.

Outre le volume considérable de la tumeur, la trachée-artère présente un aplatissement très marqué, qui, pour M. Maisonneuve, explique parfaitement les accès de suffocation.

M. Gosselin voudrait qu'on eût examiné l'état des nerfs

récurrents; pour lui, l'aplatissement de la trachée ne lui paraît pas rendre suffisamment compte des accès de suffocation. En effet, ces accès étaient intermittents; il lui semble que la diminution de calibre du conduit aérien devrait donner lieu à une suffocation continue; dans des faits semblables, et dans un surtout qui a été présenté à la Société anatomique en 1843 par M. Gaubric, les accidents intermittents s'expliquaient beaucoup mieux par une altération des nerfs récurrents compris dans la tumeur.

M. Chassaignac pense que des causes continues peuvent donner lieu quelquefois à des accidents intermittents; c'est surtout pour les lésions de la respiration que l'on voit de ces intermittences avec des obstacles dont la présence est continuelle. L'aplatissement de la trachée lui paraît donc suffisant pour expliquer les phénomènes de suffocation; d'ailleurs, toutes les fois qu'il y a diminution de calibre du conduit aérien, il survient uue asphyxie lente; avec cela, pour peu qu'il survienne une bronchite passagère, des accès de suffocation peuvent arriver. M. Chassaignac croit d'ailleurs que ce goître eût été facile à énucléer et à enlever.

M. Vidal croit, comme M. Chassaignac, que des lésions permanentes peuvent occasionner des accès intermittents; il cite en preuve les corps étrangers des voies aériennes qui, même sans se déplacer, donnent lieu à des accidents de ce genre. Dans les voies respiratoires, l'intermittence est un fait que l'on doit accepter sans pouvoir l'expliquer entièrement.

M. Huguier rappelle que certains goîtres volumineux ne gênent pas du tout la respiration, tandis que d'autres plus petits amènent promptement la suffocation et la mort; il pense que la raison s'en trouve dans les tissus aponévrotiques situés au-devant du goître, et qui se laissent plus ou moins distendre, suivant qu'ils sont plus ou moins résistants.

M. Nélaton n'admet pas, comme M. Chassaignac, que ce goître eût été facile à énucléer; car il y voit plusieurs artères volumineuses qu'il eût été impossible de ne pas couper, et qui eussent rendu cette opération difficile et dangereuse. D'ailleurs, dans tous les cas où l'on a cherché à enlever des goîtres, on a rencontré les plus grandes difficultés.

M. Chassaignac n'a pas voulu juger la question générale d'opportunité pour l'ablation des goîtres. On a peut-être eu tort d'y recourir dans quelques-uns des cas dont parle M. Nélaton; mais, quand il est évident que le malade est sur le point de succomber, on peut tenter une opération; or, en examinant la pièce de M. Maisonneuve, il trouve que le goître est enveloppé d'une couche celluleuse de laquelle on aurait pu le séparer facilement.

M. Huguier est d'avis que l'ablation pourrait être faite pour un goître reconnu cancéreux; seulement, il serait bon de ne pas attendre que la tumeur fût devenue très volumineuse; car elle adhère alors beaucoup plus solidement aux vaisseaux et aux nerfs des parties latérales du cou, ce qui augmente nécessairement le danger de l'opération.

M. Nélaton persiste à penser que l'examen de la pièce n'est pas favorable à l'idée d'une énucléation; car on aurait trouvé nécessairement, en faisant la dissection, des brides qui contenaient des vaisseaux et dont la section aurait donné lieu à des hémorrhagies. D'ailleurs, la section de la tumeur elle-même, si on l'avait entamée, aurait pu fournir du sang, comme dans les faits singuliers de kystes du corps thyroïde, dont la ponction a occasionné des hémorrhagies, dans les faits signalés surtout par Maunoir, de Genève.

— M. Maisonneuve raconte que, pour une perforation longitudinale de la cloison vésico-vaginale consécutive à un accouchement, la destruction du col utérin et des adhérences anormales ne lui a pas permis d'abaisser la matrice

pour exécuter l'opération. Il a néanmoins passé des fils et pratiqué une suture enchevillée.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Séance du 8 *novembre* 1848.

Présidence de M. Cullerier.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. Putégnat adresse à la Société un exemplaire de ses *Mélanges de chirurgie*, et M. Huguier, un exemplaire de son *Mémoire sur les luxations du pied.*

— M. Robert fait voir une pièce qui confirme les idées avancées dans son travail sur l'écoulement aqueux par l'oreille à la suite des fractures du rocher. Il a établi comme une loi que ces fractures étaient nécessairement transversales lorsque l'écoulement d'un liquide séreux avait lieu. Le fait suivant en est une nouvelle preuve.

Un jeune homme de dix-huit ans était entré à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. P. Boyer, peu de temps après une chute d'un lieu élevé. Quelques heures après son arrivée, on constata qu'il perdait un liquide aqueux par l'oreille droite. M. Robert examina le malade; et n'hésita pas à diagnostiquer une fracture transversale du rocher, divisant le conduit auditif interne, le vestibule et la cavité tympanique. Le malade était dans un état d'accablement et d'ivresse semblable à celui des animaux auxquels M. Magendie, dans ses expériences, enlevait le liquide céphalo-rachidien. Ce sujet est mort le cinquième jour. On a trouvé, en effet, une fracture transversale du rocher passant par le conduit auditif et la cavité du tympan. La membrane du tympan était perforée. M. Robert pense donc que, dans ce fait comme dans ceux qu'il a déjà publiés, le cul-de-sac arachnoïdien, placé au fond du conduit auditif, a été déchiré, et qu'en conséquence le liquide céphalo-rachidien est sorti par l'oreille.

M. Chassaignac regrette que ce fait n'ajoute rien à ce qui a été déjà dit sur ce sujet; car M. Robert ne donne pas encore la démonstration du seul point anatomique indispensable pour appuyer sa théorie; c'est-à-dire qu'il ne fait pas voir la rupture du cul-de-sac arachnoïdien.

M. Robert répond qu'une fracture passant en ce point ne peut pas laisser intacte l'arachnoïde qui s'y trouve. D'ailleurs, l'induction et l'ensemble des faits autorisent pleinement les conclusions auxquelles il est arrivé. Ainsi, il rappelle l'observation d'un jeune homme qui, à la suite d'une fracture du frontal, eut un écoulement aqueux augmentant notablement pendant la toux. Il pensa que c'était du liquide céphalo-rachidien; et, en effet, l'analyse chimique y démontra les caractères de ce liquide. Dans les autres cas dont il a déjà entretenu la Société, la chimie a démontré de même la présence de la sérosité arachnoïdienne.

M. Gosselin attache à ce fait d'autant plus d'importance, que l'écoulement limpide sert à reconnaître une fracture transversale, tandis que l'écoulement du liquide séro-sanguin ou séro-purulent doit faire reconnaître une fracture longitudinale ou parallèle au grand axe. M. Gosselin a eu l'occasion de faire l'autopsie de deux individus qui avaient eu un écoulement de cette sorte, et chez lesquels il avait annoncé une fracture longitudinale du rocher passant par la cavité du tympan ou par celle du conduit auditif externe. L'autopsie a prouvé la justesse du diagnostic. Quant à la démonstration rigoureuse que demande M. Chassaignac, M. Gosselin ne la croit pas absolument indispensable, les raisons invoquées par M. Robert lui paraissant très suffisantes. Cependant si des faits semblables se présentaient, il serait possible de chercher à donner cette démonstration, en faisant, avec un tube fin, une injection entre la septième paire et son feuillet arachnoïdien, et voyant si le liquide s'échappe par l'oreille.

M. Nélaton rappelle qu'à l'origine de cette discussion sur

l'écoulement séreux, il fut le premier à croire que le liquide venait du tissu sous-arachnoïdien. Pour s'en assurer, il fit sur un malade qui avait succombé à la suite d'une fracture de cette espèce l'expérience suivante : l'arc des dernières vertèbres lombaires fut enlevé ; le tube fut introduit au-dessous de l'arachnoïde spinale ; l'eau injectée arriva dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien du cerveau, ainsi que M. Nélaton peut s'en assurer au moyen d'une ouverture faite avec une couronne de trépan. Rien n'est sorti par l'oreille ; mais peut-être faut-il expliquer ce résultat par une inflammation consécutive qui était arrivée dans les derniers temps, et avait produit des adhérences anormales. En effet, pendant les deux jours qui avaient précédé la mort, le liquide avait cessé de couler par l'oreille.

M. Chassaignac revient sur l'absence de démonstration. Rien ne prouve que le liquide vienne plutôt du tissu sous-arachnoïdien que de la cavité arachnoïdienne elle-même ; rien ne prouve qu'il ne filtre par des sinus de la dure-mère. La chimie, il est vrai, n'a pas fait constater, dans ces cas, les caractères du sérum sanguin ; mais il peut très bien se faire que le sérum, en passant à travers des fissures osseuses, se décompose ou prenne des caractères différents de ceux de l'état normal.

M. Deguise fils a présenté dans le temps un malade qui avait eu un écoulement séreux de cette sorte à la suite d'une chute sur la tête, et qui avait guéri. L'analyse faite par M. Lassaigne a fait découvrir tous les caractères du fluide céphalo-rachidien.

M. Robert a fait examiner par M. Chatin du sérum sanguin filtré. Ce chimiste a retrouvé néanmoins la composition habituelle de la sérosité. Il ne serait donc pas exact de dire que la filtration du sang peut changer sa composition chimique. D'un autre côté, sur la pièce actuelle, M. Chassaignac ne pourrait invoquer l'ouverture des sinus de la

dure-mère; car la fracture divise incomplétement le rocher et ne correspond nullement aux tissus pétreux.

M. Chassaignac ne croit pas que l'on puisse comparer la filtration de la sérosité du sang faite au moyen d'un filtre avec celle qui a lieu à travers les parties vivantes. Cette dernière peut occasionner des changements que la première ne saurait amener. Quant à l'intégrité des sinus sur la pièce actuelle, M. Chassaignac ne peut en être convaincu, parce que, dans la préparation, on a enlevé la place où se trouve le sinus pétreux supérieur.

— M. Deguise fils fait voir un petit calcul qu'il a extrait de l'urètre d'une petite fille. Cette enfant s'adonnait depuis longtemps à la masturbation. Les parents croyaient que la pierre avait été introduite de dehors; mais son aspect et sa forme montrent qu'il s'agit plutôt d'un calcul urinaire.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Séance du 15 *novembre* 1848.

Présidence de M. Cullerier.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

A l'occasion du procès-verbal, M. Deguise fils demande qu'une commission soit nommée à l'effet d'élucider par des expériences la question relative à l'écoulement du liquide séreux par l'oreille.

M. Robert ne croit pas à la nécessité de nouvelles expériences; la question lui paraît aussi bien tranchée que possible.

M. Chassaignac fait remarquer que les expériences ont été toutes faites chez l'homme dans certains cas. En effet, il y a eu des écoulements de liquide aqueux chez des sujets à l'autopsie desquels on n'a pas trouvé de fracture au niveau du conduit auditif interne. On ne saurait donc adopter, pour des faits de ce genre, l'explication de M. Robert.

M. Chassaignac ajoute, comme réponse aux arguments puisés dans l'analyse chimique, que la quantité des chlorures alcalins dans la sérosité du sang est variable suivant les sujets et suivant les âges; elle est surtout plus abondante pendant l'enfance; c'est peut-être la raison pour laquelle, chez les jeunes sujets, on a trouvé au liquide sorti par l'oreille une analogie de composition avec le liquide céphalo-rachidien.

— M. Debout, candidat au titre de membre de la Société, lit un travail sur le traitement des anévrismes par la galvano-puncture. (Commissaires : MM. Guersant, Nélaton, Chassaignac.)

— M. Chassaignac met sous les yeux de la Société la partie antérieure de la verge, qu'il a enlevée par l'amputation dans les circonstances suivantes : pendant son enfance, le malade, aujourd'hui âgé de 36 ans, s'était lié la verge avec une ficelle pour remédier à une incontinence d'urine pendant la nuit. Il en était résulté un hypospadias accidentel et une cicatrice du corps caverneux, qui formait entre les parties antérieure et postérieure de la verge une sorte de pédicule. Au-devant du pédicule, l'érection n'avait pas lieu, et en outre la peau du prépuce, habituellement tuméfiée, œdémateuse, était irritée par les frottements de la chemise, et se trouvait ainsi le siége de douleurs et d'une gêne habituelle. M. Chassaignac a vu dans ce fait l'indication suffisante d'une amputation, que le malade demandait d'ailleurs avec instance, et l'opération a été pratiquée.

M. Robert demande s'il n'y aurait pas eu moyen de conserver la verge en rajustant par une suture la partie antérieure et la partie postérieure de l'urètre.

M. Chassaignac ne croit pas que cette opération eût été possible, à cause de la longueur du pédicule intermédiaire.

M. Huguier est d'avis que l'on aurait pu faire une opération en deux temps : aviver d'abord circulairement la peau sur les parties antérieure et postérieure de la verge,

réunir par des points de suture; plus tard, au moyen d'une incision longitudinale, on aurait pu exciser le pédicule, et ainsi les parties auraient été réunies par des surfaces plus étendues et plus solides.

M. Nélaton approuve entièrement le parti qu'a pris M. Chassaignac; en effet, des deux fonctions de la verge l'une était entièrement perdue pour le malade; à savoir, celle qui concerne la génération. Aucune opération, d'après l'état dans lequel se trouve le corps caverneux, n'aurait pu rendre l'érection possible; en conséquence, il valait mieux débarrasser le malade de ses douleurs par une amputation qui ne peut nuire à l'autre fonction de l'organe, celle de l'excrétion urinaire.

M. Guersant appuie cette manière de voir en se fondant sur les insuccès habituels des opérations que l'on pratique pour les hypospadias.

M. Morel-Lavallée rappelle que, si les insuccès sont fréquents, il faut cependant ne pas oublier quelques exceptions heureuses dues à la méthode de Viguerie exécutée par MM. Ségalas et Ricord.

— M. Morel-Lavallée communique le fait suivant :

Un homme, après avoir été pris sous la roue d'une diligence, a présenté d'abord une luxation ovalaire de la cuisse remarquable par une très grande mobilité du membre et par le degré peu prononcé de la rotation en dehors; il avait en outre une tumeur sanguine volumineuse de la région sacrée, M. Morel a employé successivement contre cette tumeur les résolutifs et la compression; l'épanchement de sang a persisté; puis des accidents fébriles se sont manifestés, des douleurs très vives sont survenues, et dans l'espace de quarante-huit heures la tumeur s'est accrue de moitié. M. Morel a pensé dès lors que l'épanchement de sang avait suppuré; il a donc fait une ponction qui n'a pas donné de pus, mais a laissé sortir un litre et demi de sérosité sanguinolente. Quelque temps après, le liquide s'était entière-

ment reproduit ; une nouvelle ponction a été pratiquée. Aujourd'hui la tumeur est de nouveau reproduite ; faut-il faire une troisième ponction, ou vaudrait-il mieux laisser en place la canule de M. Reybard, de façon à obtenir un écoulement continuel de la sérosité, sans pénétration de l'air ? M. Morel demande l'avis de la Société sur ce point.

M. Huguier donne connaissance d'un fait analogue à celui qui précède : un malade qui avait été pris sous une roue de voiture avait un épanchement considérable de sang dans la région iliaque droite ; la tumeur s'échauffa, devint très douloureuse. M. Huguier pensa également qu'elle avait suppuré : il fit une ponction avec le bistouri, et vit sortir près d'un litre de sérosité roussâtre. La piqûre se ferma très promptement ; il survint néanmoins une inflammation érysipélateuse. Dès le lendemain, le liquide s'était reproduit ; M. Huguier fit une nouvelle ponction, à la suite de laquelle se manifestèrent une inflammation violente, de la fièvre et de la suppuration. Une contre-ouverture et un séton furent jugés nécessaires. Il ne reste plus aujourd'hui qu'une fistule donnant issue à une grande quantité de liquide séreux.

M. Robert. Dupuytren a donné le précepte de ne pas ouvrir de bonne heure les tumeurs sanguines, quels que fussent les accidents ; il s'appuyait sur des expériences faites avec Marandel, dans lesquelles il avait vu le sang se décomposer en caillot et sérosité. La sérosité se résorbe facilement ; mais le caillot reste plus longtemps, et joue le rôle d'un corps étranger qui sollicite la formation d'une nouvelle quantité de liquide séreux. Abandonnées longtemps à elles-mêmes, elles deviennent de plus en plus petites ; si alors elles gênent les malades, on peut les ouvrir avec plus de sécurité. M. Robert pense donc que, dans les faits de MM. Morel et Huguier, il eût été plus convenable de ne pas ouvrir aussitôt, et d'attendre la condensation du caillot.

M. Morel-Lavallée connaissait l'opinion de Dupuytren; mais il a été déterminé par la douleur et la crainte de la gangrène, que la distension continuelle de la poche aurait pu produire. D'ailleurs, il ne sait pas combien de temps est nécessaire pour la formation du caillot; car la maladie était déjà ancienne, et cependant il n'y avait aucune trace de caillot dans le liquide qui s'est écoulé. Enfin la question doit être posée en ces termes : Il y a des épanchements de sang qui se résorbent facilement, et pour lesquels on doit attendre; mais il en est d'autres qui ne se résorbent pas, s'accroissent, deviennent douloureux, s'accompagnent d'un mouvement fébrile. Dans ce dernier cas, que doit-on faire?

— M. Guersant fait connaître deux faits qui montrent les avantages de la temporisation pour certains cas. A la suite de l'accident du 8 mai, un jeune homme avait un énorme épanchement de sang qui soulevait toute la peau de la région dorsale : au bout de sept semaines il était guéri. Une femme qui avait une tumeur sanguine volumineuse de la fesse fut guérie sans incision, mais au bout de sept mois.

— M. Nélaton fait voir une tumeur de la mamelle qui a toutes les apparences du tissu fibreux; mais elle contient dans son épaisseur une grande quantité de cavités, où se trouvent logées de petites masses très dures et fibreuses elles-mêmes. M. Nélaton croit que cette tumeur est du genre de celles qu'A. Cooper a décrites sous le nom de cancers hydatiformes; or elles sont formées par du tissu fibreux et non par du tissu cancéreux.

M. Chassaignac est disposé à penser que cette tumeur doit être rangée parmi celles que les micrographes modernes appellent fibro-plastiques.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Séance du 22 *novembre* 1848.

Présidence de M. Cullerier.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

A l'occasion du procès-verbal, M. Robert revient sur les épanchements sanguins. La question pratique est celle-ci : Quand doit-on ouvrir ces épanchements ? Il est positif que souvent on voit survenir des accidents qui font croire à la suppuration, lorsque cependant elle n'existe pas ; en conséquence, on doit conserver longtemps des doutes en présence d'accidents pareils ; c'est une raison de plus pour temporiser, comme M. Robert l'avait dit dans la dernière séance, et insister sur les résolutifs ; en un mot, avant d'ouvrir, il faut attendre que la peau soit devenue rouge, amincie, ou même que l'abcès se soit ouvert spontanément.

M. Morel fait observer que son intention n'a pas été de faire une théorie générale ; il a seulement consulté la Société pour un cas particulier. Son malade éprouvait des souffrances intolérables ; une ponction l'avait soulagé. Reproduction de la tumeur ; nouvelle ponction. Une deuxième récidive a lieu ; fallait-il ponctionner encore, ou faire autre chose ?

— M. Debout présente une pièce d'anévrisme poplité recueillie sur un malade qui avait été traité par la galvanopuncture : ce malade était un garde forestier, âgé de soixante ans, qu'il avait fait entrer à l'hôpital de la Charité. M. Velpeau a employé la galvano-puncture, mais en laissant les aiguilles en place pendant huit jours et galvanisant deux fois dans ce laps de temps ; il est survenu une inflammation violente, et une hémorrhagie pour laquelle la ligature de l'artère crurale a été pratiquée ; enfin le membre s'est gangréné ; l'amputation de la cuisse a été faite, et suivie de la mort. Sur la pièce, on voit un caillot sanguin

remplissant la poche anévrismale, dont l'inflammation est plus considérable à la surface externe qu'à la surface interne.

M. Nélaton. Cette pièce montre bien un caillot sanguin; mais comment déterminer si la coagulation a été causée par le séjour des aiguilles, ou par le galvanisme, ou par la ligature? Il importerait de savoir si les battements persistaient dans la tumeur avant la ligature de l'artère crurale.

M. Morel ajoute qu'un premier point serait de se demander si le caillot n'existait pas avant les opérations successives qui ont été pratiquées.

M. Debout essaiera de répondre à ces questions dans l'observation qu'il remettra à la commission nommée dans la dernière séance.

M. Huguier présente une tumeur du volume d'un petit œuf qui était appendue par un pédicule étroit à la peau, au niveau de la tubérosité ischiatique droite. Elle a été enlevée au moyen de deux incisions semi-elliptiques; en l'incisant, on a trouvé qu'elle était formée par de la graisse, dont les pelotons sont séparés les uns des autres par des cloisons fibreuses très épaisses partant de la surface interne du derme. Ces cloisons ont probablement été déterminées par la pression à laquelle la tumeur était soumise toutes les fois que le malade s'asseyait. En outre, on voyait en certains endroits une sérosité comme lactescente.

M. Chassaignac. Cette tumeur n'est autre chose qu'un lipome pédiculé avec des cloisons fibreuses; elle ne présente rien qui la place en dehors du cadre habituel des productions de ce genre.

— M. Guersant entretient la Société de l'extraction des corps étrangers de l'oreille; depuis longtemps, il a renoncé à se servir au début de la curette ordinaire, de la curette articulée ou des autres instruments; il emploie tout d'abord l'injection, qu'il fait avec une seringue à hydrocèle et qu'il pousse avec force, en ayant soin, ce qui est important, de faire tirer par un aide le pavillon de l'oreille en

haut et en arrière ; il n'arrive aux instruments que si l'injection échoue. M. Guersant fait voir, à l'appui de cette opinion, un morceau de silex qui est sorti après la quatrième injection.

M. Robert. La Société s'est occupée déjà de cette question il y a quelques années; on a fait observer alors que l'on devait tenir compte du volume du corps étranger; s'il remplit hermétiquement le conduit auditif, comme ferait un noyau de cerise, le liquide ne pourrait passer entre lui et les parois du conduit, et par conséquent l'injection serait inefficace; il faut tenir compte également de l'époque de l'accident; si le corps étranger est entré depuis huit, dix ou quinze jours, il est survenu du gonflement; le pavillon est devenu trop étroit pour laisser sortir le corps étranger, et l'on injecte encore inutilement. Le meilleur moyen dans ces cas, c'est la curette ordinaire ou la curette à deux branches articulées comme celles d'un forceps, instrument que Sanson avait imaginé.

M. Vidal se souvient de la discussion qui eut lieu sur cet objet, parce qu'il a parlé d'un instrument dont il est l'inventeur, et qui se compose d'une canule, d'un ressort et d'un crochet; mais il se demande quel est aujourd'hui le but de M. Guersant; car sa communication ne fait que confirmer un précepte qui est dans la science et que l'on adopte assez généralement.

M. Chassaignac voudrait savoir si les injections n'ont pas quelquefois causé la rupture de la membrane du tympan; il rappelle en outre un moyen dont il a déjà parlé, c'est l'emploi du stylet aiguillé que l'on coude, et qu'on engage ainsi coudé au delà du corps étranger.

M. Robert interpelle M. Vidal au sujet de l'orchite parenchymateuse. Il résulte des faits qu'il a eu l'occasion d'observer qu'il existe deux espèces d'orchite parenchymateuse; l'une a son point de départ dans l'urètre, et occupe plus spécialement les vaisseaux séminifères ; l'autre envahit

d'emblée le testicule, et peut-être occupe plus spécialement le tissu cellulaire de l'organe; elle survient à la suite de fatigues, dans la convalescence des fièvres graves, et en particulier des fièvres typhoïdes. Dans la première forme, quelle qu'ait été l'intensité de l'inflammation et des douleurs, M. Robert n'a jamais observé de gangrène ni de suppuration du testicule; et par conséquent il n'a pas cru le débridément nécessaire; au contraire, dans la seconde forme, la terminaison par suppuration est plus fréquente, et le débridement est indiqué. Il voudrait savoir ce que M. Vidal pense de cette distinction.

M. Vidal se propose de publier prochainement un travail dans lequel il répondra plus longuement aux questions de M. Robert. Aujourd'hui il rappelle que, pour le testicule comme pour l'œil, l'organe entier ou quelques-unes seulement de ses parties peuvent être enflammés. Ainsi il peut y avoir des épididymites, des vaginalites, des orchites parenchymateuses; ces dernières se montrent souvent à la suite d'urétrites, mais plus particulièrement chez les sujets de dix-huit à vingt et un ans. C'est à cet âge que l'on doit craindre la terminaison par suppuration, et qu'il faut employer le débridement comme sédatif et antisuppuratif. Il y a en outre des orchites qui sont d'emblée parenchymateuses; M. Vidal en a observé quatre cas en peu de temps; elles étaient consécutives à des parotides; enfin l'orchite parenchymateuse succède quelquefois à des violences extérieures. Dans tous ces cas, M. Vidal débride le testicule aussitôt que tous les autres moyens ont été employés inutilement.

M. Deguise fils a observé l'orchite parenchymateuse dont il a, dans le temps, entretenu la Société, chez un homme qui était seulement fatigué et qui n'avait eu ni blennorrhagie, ni aucune maladie interne grave.

M. Vidal croit cependant que l'on avalt pu croire chez

le malade de M. Deguise à une affection viscérale ancienne.

M. Gosselin profite de la discussion actuelle pour appeler l'attention de la Société sur une variété d'orchite parenchymateuse dont les auteurs ne parlent pas, c'est celle qui se développe pendant la variole, qu'à cause de cela il appelle orchite *varioleuse*. Sur un bon nombre de sujets varioleux apportés dans les amphithéâtres, il a trouvé dans les deux tubercules une matière grisâtre déposée par forme de noyaux solitaires ou multiples dans la substance séminifère. Autour de ces noyaux il y avait beaucoup de rougeur et d'infiltration séreuse annonçant un travail phlegmasique. Il est vraisemblable que cette substance, semblable à celle qui se dépose dans la peau et d'autres viscères, se résorbe quand la guérison a lieu; mais M. Gosselin se demande si les noyaux dont il parle ne sont pas quelquefois le point de départ d'abcès survenant au bout d'un temps plus ou moins long après la terminaison de la variole.

M. Vidal cite un fait qu'il serait disposé à regarder comme un exemple d'orchite *varioleuse*. Il avait opéré un malade de varicocèle par la méthode de l'enroulement; il est survenu une variole intense et un gonflement considérable du testicule, qui n'arrive pas ordinairement en pareil cas; puis, à mesure que la dessiccation des boutons s'est opérée, le gonflement des bourses et l'orchite se sont dissipés.

M. Morel a observé plusieurs cas d'orchite parenchymateuse à la suite d'oreillons; mais, dans un fait dont il a été témoin dernièrement, c'était l'épididyme seul qui était atteint.

M. Cullerier admet volontiers la division pratique établie par M. Vidal. Il n'est pas étonné que M. Robert n'ait jamais observé d'abcès du testicule à la suite de l'orchite blennorrhagique; car, dans l'immense majortié des cas, c'est alors une épididymite avec vaginalite, et non pas une or-

chite. Le tissu de la glande séminale elle-même n'est pris que consécutivement, et son inflammation ne constitue pas le symptôme prédominant. C'est cette rareté de l'orchite proprement dite qui a fait mettre en question la valeur de la méthode du débridement comme prévenant la fonte purulente. Aussi, M. Cullerier vient-il d'entendre avec plaisir M. Vidal dire que la méthode qu'il a instituée agit autant comme sédative que comme antipurulente, et préconiser la ponction du testicule même contre l'engorgement de l'épididyme.

Quant à la question de l'orchite suite d'oreillons, M. Cullerier n'en a observé qu'un seul cas ; c'était sur un jeune homme de dix-sept ans, qui n'avait jamais vu de femme, et qui ne présentait pas le moindre écoulement urétral. Il a constaté que l'inflammation portait principalement sur la substance du testicule, et que l'épididyme n'y participait que très légèrement.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Séance du 27 novembre 1848.

Présidence de M. Cullerier.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— A l'occasion du procès-verbal, M. Robert revient sur la question de l'orchite parenchymateuse, et sur la distinction qu'il a établie entre l'orchite parenchymateuse blennorrhagique siégeant dans les vaisseaux séminifères, et celle qui n'est pas blennorrhagique et occupe plus spécialement le tissu cellulaire de l'organe.

Quand il a parlé de la rareté de la suppuration dans le premier cas, il n'a pas voulu dire, pour cela, que le débridement fût absolument contre-indiqué; on peut y recourir, au contraire ; mais alors ce n'est pas pour prévenir la suppuration, c'est seulement pour calmer les douleurs

qui résultent de l'étranglement. A ce titre, peut-être M. Vidal a-t-il abusé de l'opération en la pratiquant trop souvent pour des orchites blennorrhagiques.

M. Vidal convient que la suppuration à la suite de l'orchite est, en effet, rare; cependant il l'a observée plusieurs fois, et il est convaincu de l'avoir prévenue dans certains cas au moyen du débridement. Il croit d'ailleurs qu'on ne peut lui reprocher d'avoir employé sans nécessité cette opération, qui, si elle n'empêche pas la suppuration, agit toujours comme un sédatif puissant.

M. Vidal demande si M. Robert connaît des faits qui l'autorisent à dire que le débridement a été fait inutilement.

M. Huguier ne voudrait pas entendre dire que les abcès sont absolument rares à la suite de l'orchite blennorrhagique; car, s'il en est ainsi des abcès chauds, il n'en est pas de même pour les abcès à marche chronique. Il en a observé deux exemples : dans l'un, il s'agissait d'un malade phthisique, chez lequel l'abcès se forma très lentement, et resta fistuleux; dans l'autre, la tumeur se développa plus rapidement; elle était plus circonscrite, et semblait tenir au testicule par un pédicule étroit; c'était encore un abcès froid à la suite duquel s'établit une fistule.

M. Vidal pense que les abcès dont vient de parler M. Huguier sont des tubercules fondus qui préexistaient à l'orchite blennorrhagique, et qui se sont ramollis après l'inflammation, comme font les tubercules pulmonaires à la suite d'une bronchite.

M. Huguier ne conteste pas cette opinion pour son premier malade; mais il ne saurait l'admettre pour le second, qui n'avait pas le moindre signe de diathèse tuberculeuse. Ce dernier malade a subi, plus tard, la castration, et l'on a pu constater, pièce en main, qu'il s'agissait d'un abcès froid et non de tubercules du testicule.

M. Huguier annonce que son malade à l'épanchement sanguin est aujourd'hui tout à fait guéri. Il entretient ensuite

la Société d'un autre malade qu'il avait présenté à la fin de la dernière séance, et qui avait une luxation intra-coracoïdienne datant d'un mois. Le lendemain de la séance, il a procédé à la réduction. Il n'a pas employé le chloroforme, parce que, cette substance agissant plus que l'éther sur les mouvements du cœur, on doit craindre davantage ses effets sur un individu dont la respiration va être gênée par les appareils appliqués sur le thorax ; il s'est donc servi de l'éther. Le malade a été couché sur une grande nappe ; les pieds ont été attachés avec une alèze à un poteau ; un lacs à extension a été appliqué sur le poignet. M. Huguier a d'abord fait exécuter des mouvements violents dans tous les sens pour déchirer les tissus fibreux accidentels ; ensuite, pendant qu'un aide appuyait fortement sur l'angle inférieur du scapulum, et qu'un autre pressait la tête de l'humérus, des tractions verticales ont été faites sur le bras, qui a ensuite été abaissé ; on a entendu un craquement, et la réduction s'est faite.

M. Robert a eu plusieurs fois l'occasion de réduire des luxations de l'épaule au bout de quatre ou cinq semaines. Dans les cas de ce genre, il faut se préoccuper de la déchirure possible des nerfs de l'avant-bras, qui a été démontrée par les expériences de M. Gerdy. Pour éviter cet accident, il vaudrait mieux appliquer les lacs à extension sur le bras que sur l'avant-bras. D'un autre côté, M. Robert fait observer que les tractions verticales réussissent ordinairement moins bien dans les luxations intra-coracoïdiennes que dans les autres.

M. Morel revient sur le malade dont il a déjà parlé plusieurs fois, et qui avait un épanchement considérable de sang dans la région sacrée ; les douleurs sont devenues une troisième fois extrêmement vives. Plusieurs consultants, M. Gerdy entre autres, voulaient qu'on fît de grandes incisions. Cependant, sur l'insistance de M. Morel, on s'est décidé à une seule petite incision à la partie la plus déclive. Cette

ouverture a donné issue à une grande quantité de liquide qui, par le repos, s'est séparé en trois substances : pus, sérosité et sang. Une mèche a ensuite été placée dans l'ouverture. Aujourd'hui le foyer se vide et se rétrécit. Les douleurs n'ont pas reparu, et le malade est parfaitement bien.

La séance est levée à cinq heures.

Séance du 6 décembre 1848.

Présidence de M. Cullerier.

Le procès-verbal est lu et adopté.

— A l'occasion du procès-verbal, M. Vidal demande à M. Huguier quelques renseignements sur l'amputation du testicule qu'il a pratiquée pour des abcès et d'anciens trajets fistuleux ; M. Vidal voudrait savoir surtout quelles raisons ont décidé M. Huguier à cette opération.

M. Huguier répond qu'il avait cru d'abord à une affection tuberculeuse du testicule. Le malade avait quitté l'hôpital Beaujon, puis il avait fait un séjour de cinq mois à l'hôpital Saint-Louis; enfin il était revenu de nouveau à Beaujon ; sa maladie l'obligeait continuellement à se reposer; il ne pouvait se livrer à aucun travail fatigant sans que de nouveau l'inflammation se manifestât, et sans que la suppuration devînt plus abondante. M. Huguier a pensé que cette gêne habituelle justifiait suffisamment la castration.

M. Vidal n'a point l'intention de blâmer ; mais il se demande, d'une manière générale, si l'on peut amputer un testicule pour une affection simplement gênante, et sur un sujet bien portant d'ailleurs. Pour lui, il croit cette opération trop grave pour y exposer aussi facilement ses malades ; il persiste dans l'opinion que chez le sujet de M. Huguier l'altération était tuberculeuse, que les tubercules étaient fendus, et ressemblaient à des abcès. En pareil cas, les fistules se cicatrisent au bout d'un temps plus ou moins long ,

et les malades guérissent en conservant le testicule ; M. Vidal a vu un grand nombre de faits de ce genre , et il n'a jamais pratiqué de castration. Deux fois seulement il a exécuté un procédé qui avait été proposé par A. Bérard , et qui consiste à énucléer du testicule des noyaux tuberculeux.

M. Huguier répond à une première objection, celle qui a rapport à l'opportunité de l'opération, que cette maladie du testicule n'occasionnait pas seulement de la gêne, mais bien de la douleur et de l'inflammation qui se réveillaient à chaque instant ; toutes les fois que le malade voulait travailler, une nouvelle tumeur apparaissait, ne tardait pas à s'échauffer, à suppurer : de là des accidents qui l'obligeaient à garder le repos, et l'empêchaient de gagner sa vie. La seconde objection de M. Vidal est relative à l'anatomie pathologique. Tous les anatomistes ont vu des tubercules , et savent les reconnaître. M. Huguier en a vu pour sa part un très grand nombre , et il est certain que ce testicule n'en contenait pas ; il les a cherchés avec d'autant plus de soin qu'il avait diagnostiqué une affection tuberculeuse.

M. Chassaignac ne critique pas le fait de M. Huguier, car il est des cas où les principes doivent céder devant un fait particulier ; mais la Société ne peut accepter l'opportunité de la castration pour des abcès et des tubercules. On doit s'abstenir en pareil cas , parce que ces maladies n'abolissent pas nécessairement les conditions viriles de l'individu.

M. Huguier fait observer qu'il avait cité ce fait dans la dernière séance à l'occasion d'une autre discussion, et qu'en conséquence il n'avait pas jugé nécessaire d'entrer dans tous les détails. Il ajoute donc aujourd'hui que son malade avait cinquante-cinq ou cinquante-six ans ; que depuis dix-huit mois il avait cessé d'avoir des rapports sexuels, et qu'il demandait avec instance à être débarrassé d'un organe qu'il regardait comme inutile.

M. Nélaton est du même avis que M. Chassaignac pour le principe général, il croit que la castration doit être ré-

servée pour les dégénérescences du testicule; mais il est des cas exceptionnels que l'on rencontre encore assez souvent, dans lesquels les testicules tuberculeux ne sont plus que des organes secréteurs de pus. Les faits de ce genre l'ont quelquefois embarrassé, mais il s'est décidé à l'opération par une dernière considération ; c'est que les malades obligés de séjourner longtemps à l'hôpital y sont plus exposés à la production des tubercules dans d'autres organes et particulièrement dans l'autre testicule, et par conséquent à l'abolition complète des fonctions génératrices.

M. Robert partage l'opinion de M. Nélaton ; il a cru longtemps que la castration était innocente, et n'exposait pas les jours du malade. Mais il y a deux ans, à la suite d'une opération de sarcocèle qu'il avait exécutée suivant le procédé de Bichat, c'est-à-dire en liant une à une les artères du cordon avant la section du canal déférent, il a observé une fièvre traumatique intense, et un abcès considérable de la fosse iliaque; la suppuration a été très abondante, et pendant quatre mois le malade a été en danger. Il a cependant fini par guérir.

M. Guersant s'étonne que dans cette discussion on ne fasse pas intervenir deux éléments importants : 1° l'examen des organes intérieurs, pour savoir s'il n'y a pas des tubercules dans quelques-uns d'entre eux ; 2° la possibilité du développement des tubercules dans ces organes à la suite de l'ablation du testicule malade. Il ne se déciderait à l'opération pour un sarcocèle tuberculeux, qu'après avoir soumis longtemps son malade à un traitement antiscrophuleux.

M. Vidal, en mettant aussi de côté le fait particulier de M. Huguier, ne se rend pourtant pas aux raisons données par M. Nélaton. Celui-ci se décide à la castration, parce que le testicule est devenu pyogénique; mais que l'on mette le pronostic à côté de l'opération : le malade ne mourra pas de son affection, il peut mourir des accidents traumatiques consécutifs. Quant au séjour à l'hôpital, il est un moyen simple

d'en éviter les inconvénients : c'est d'engager promptement les malades à sortir.

M. Robert répond à cette proposition de M. Guersant qu'en amputant pour une affection tuberculeuse, on s'expose à faire naître ailleurs la tuberculisation. Le fait n'est pas exact ; M. Robert cite à l'appui une amputation tibiotarsienne qu'il a pratiquée à une jeune fille qui avait une altération tuberculeuse des os du tarse et des tubercules crus dans les poumons. La cicatrisation s'est faite assez promptement, et l'état des tubercules crus est resté le même; sans l'opération cette enfant eût succombé, car elle était épuisée par une suppuration très fétide. Il croit que l'amputation a plutôt arrêté la marche des tubercules pulmonaires.

M. Morel. Le principe que vient d'établir M. Robert est appliqué depuis longtemps par M. Velpeau, qui a constaté l'heureuse influence des amputations sur la tuberculisation; ce principe est d'ailleurs exposé dans la thèse de M. Rufz.

M. Huguier ne conteste nullement ce qu'a dit M. Guersant de la nécessité d'examiner tous les organes avant de procéder à une grande opération, et c'est parce que tous les chirurgiens sont aujourd'hui de cet avis qu'il n'avait pas cru nécessaire d'en parler dans la discussion actuelle.

M. Guersant ajoute qu'il attend volontiers que l'affection tuberculeuse soit devenue ancienne avant de l'enlever ; il lui a paru que les malades guérissaient mieux lorsque le vice scrophuleux s'était pour ainsi dire épuisé sur l'articulation ou le testicule malade.

— M. Morel-Lavallée présente une malade qui porte à la partie interne et inférieure du creux axillaire une tumeur volumineuse, bien circonscrite, sans changement de couleur à la peau et qui date de plusieurs mois. Cette tumeur offre une fluctuation nette, mais elle présente à sa surface des aréoles nombreuses qui font hésiter M. Morel et le portent à se demander s'il ne s'agit pas là d'un lipome ; il y a

d'ailleurs en plusieurs points une consistance qui ferait croire à un corps solide.

M. Robert a vu, il y a deux ans, une tumeur analogue à celle-ci, présentant de la fluctuation et un aspect lobulé ; il a cru à un abcès froid, c'était une tumeur hydatique.

M. Vidal a la certitude qu'il s'agit d'un abcès froid dans le cas de M. Morel.

M. Huguier croit aussi qu'il s'agit d'un abcès; peut-être la disposition physique tient-elle à ce que cet abcès vient d'une côte et se trouve recouvert par une couche de parties molles épaissies par le travail d'inflammation chronique.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Séance du 13 décembre 1848.

Présidence de M. Cullerier.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. Morel annonce qu'il a ponctionné la tumeur de l'aisselle pour laquelle il avait demandé l'avis de la Société; il s'est écoulé une quantité de pus moins considérable que n'aurait pu le faire supposer le volume de la tumeur, et M. Morel a reconnu qu'il s'agissait d'un lipome suppuré semblable à celui que M. Michon avait enlevé à la cuisse et présenté à la Société il y a quelques mois.

M. Vidal craint qu'il n'y ait plus profondément une certaine quantité de pus.

M. Robert demande si M. Morel n'aurait pas jugé convenable d'enlever ce lipome; il n'est pas vraisemblable qu'il reste stationnaire; les tumeurs de ce genre s'accroissent incessamment; elles peuvent dégénérer; pourquoi ne pas en débarrasser de suite la malade?

M. Morel n'a aucune raison pour penser que ce lipome fera des progrès rapides; il n'est pas très gênant actuellement, et peut être conservé sans inconvénient; d'un autre

côté, l'opération expose à quelques accidents et même à la mort, ainsi que M. Morel en a observé dernièrement un exemple. Ce serait donc aujourd'hui une opération de complaisance, et M. Morel se garderait de la pratiquer.

M. Chassaignac ne croit pas que l'on doive regarder comme opération de complaisance celle qui consiste à faire l'ablation d'un lipome; quand on attend trop longtemps sans nécessité, on se prépare une opération plus dangereuse; le lipome, en effet, devient plus volumineux, et envoie souvent des irradiations profondes difficiles à enlever, et elles sont d'autant plus prononcées que la maladie est plus ancienne.

M. Huguier. En parlant d'une opération de complaisance, M. Morel n'a pas appliqué ce mot à tous les lipomes; il a voulu parler seulement de celui que porte la malade en question, et qui ne lui paraît pas assez volumineux pour devoir être enlevé immédiatement.

M. Morel s'appuie pour ajourner l'opération sur un fait dont il a été témoin il y a trois ans. Il avait fait l'extirpation d'un lipome dans la région sternale d'un enfant; mais une portion de la tumeur était restée; celle-ci s'est affaissée et a disparu par le travail de la suppuration; peut-être la même chose arrivera-t-elle chez sa malade à la suite de l'incision qui a été faite.

M. Nélaton accorde une grande valeur à ce dernier motif; on peut en effet se demander aujourd'hui s'il est absolument nécessaire d'enlever un lipome tout entier; les faits empruntés à M. Bonnet permettent de répondre; ce chirurgien emploie la méthode sous-cutanée et se borne à taillader en tous sens la tumeur sous la peau; il a quelquefois amené la suppuration, et la guérison a eu lieu; cela prouve qu'il n'est pas nécessaire de tout enlever, et que le travail de la suppuration peut faire disparaître le produit morbide; M. Nélaton appelle à cette occasion l'attention de la Société sur cette idée assez généralement admise que les lipo-

mes peuvent dégénérer; pour lui, il ne connaît aucun fait qui appuie cette manière de voir et dans lequel une tumeur ait été en partie lipomateuse et en partie cancéreuse. M. Nélaton pense que la raison de cette doctrine est dans une erreur de diagnostic; on croit à un lipome, on attend, on opère plus tard; on trouve une masse cancéreuse, et l'on pense que le diagnostic primitif était exact, mais que le lipome a dégénéré en cancer.

M. Vidal appuie ce principe développé par M. Nélaton, que certaines tumeurs peuvent être enlevées partiellement. Pour lui il a fait, dans sa thèse sur les indications et les contre-indications, deux catégories de tumeurs, les unes malignes qu'il faut enlever complétement, les autres bénignes, pour lesquelles l'ablation partielle suffit, et parmi ces dernières il a cité les tumeurs de l'aisselle, des amygdales, etc.

M. Robert a parlé de la dégénérescence possible des lipomes, parce qu'il connaît un fait dans lequel cette dégénérescence lui paraît avoir eu lieu. Il a enlevé sur l'épaule gauche d'un abbé une tumeur volumineuse qui était ulcérée; les bords de l'ulcère étaient calleux. En fendant la tumeur, il l'a trouvée composée de graisse et de noyaux durs, mal circonscrits, situés au centre même et loin de la surface ulcérée. Ces noyaux n'ont pas été examinés au microscope; mais ils avaient tous les caractères du squirrhe. Il a déjà communiqué le fait à la Société. M. Robert a d'ailleurs vu une tumeur fibrineuse de la cuisse qui était devenue encéphaloïde; il ne voit pas pourquoi le cancer n'envahirait pas le tissu du lipome aussi bien que les tissus normaux et les masses sanguines. On a même trouvé du cancer jusque dans le sang de la veine cave. Pourquoi donc une masse graisseuse aurait-elle seule le privilége de ne pas dégénérer?

M. Morel admet bien la dégénérescence des lipomes en théorie; mais il s'agit de savoir si elle existe en fait. Or le cas de M. Robert ne lui paraît pas concluant; on n'y voit

pas d'une manière positive les caractères du cancer, et s'il y avait une ulcération calleuse, le tissu placé au-dessous pouvait bien être dur, sans être pour cela cancéreux.

— M. Chassaignac lit un rapport sur une observation de M. Debout, relative à un anévrisme poplité traité par la galvano-puncture.

M. Robert s'élève contre cette assertion émise par le rapporteur que les résultats de la galvano-puncture dans le traitement des anévrismes sont désastreux. Il y a des faits, et particulièrement ceux de M. Strambio, dans lesquels ce moyen a amené l'inflammation et l'oblitération du sac. Il est positif que l'inflammation d'un anévrisme suffit pour y produire la coagulation du sang. M. Robert cite en preuve un malade auquel il avait pratiqué la ligature par la méthode d'Anel, c'est-à-dire très près de l'anévrisme; il y eut une inflammation intense qui se propagea à la tumeur ; les battements, qui avaient continué après l'application du fil, cessèrent alors, et la tumeur diminua. La galvano-puncture serait donc un très bon moyen si elle permettait de faire naître le degré d'inflammation nécessaire pour la cessation des battements; et peut-être arriverait-on plus sûrement à ce résultat s'il était possible de doser et de graduer l'électricité. Les expériences de M. Debout renferment d'ailleurs une particularité intéressante, c'est que la coagulation du sang ne s'est pas faite sous l'influence du galvanisme. On est, en effet, assez disposé à croire, d'après les travaux de Scarpa, que les anévrismes ne peuvent pas guérir sans coagulation et oblitération de la poche ; cependant, J.-L. Petit avait avancé le contraire pour les anévrismes traumatiques. De son côté, M. Robert connaît deux cas d'ouverture de l'artère brachiale ; l'un a été traité par la compression, l'autre par la ligature, suivant la méthode de Hunter. Dans les deux cas, la guérison a eu lieu avec conservation du calibre de l'artère. D'ailleurs, on sait avec quelle facilité les caillots sont résorbés dans les vaisseaux sanguins. Il ne faudrait donc

pas accepter aujourd'hui comme absolue la doctrine de Scarpa.

M. Chassaignac répond qu'en effet on doit être indulgent pour les moyens nouveaux quand il s'agit de maladies dont le traitement est incomplet ou insuffisant. Il n'en est pas ainsi pour les anévrismes : la ligature réussit généralement assez bien ; au contraire, la galvano-puncture a donné désastres sur désastres ; on doit donc la rejeter. En la proposant, on était d'ailleurs parti d'un principe faux, celui de la coagulation. M. Chassaignac reconnaît, avec M. Robert, qu'elle n'est point indispensable pour la guérison des anévrismes ; mais les chirurgiens ont eu tort de croire que le galvanisme la produisait et guérissait par ce mécanisme.

M. Giraldès aurait voulu que M. Chassaignac appuyât son opinion sur une comparaison des faits heureux avec les faits malheureux ; pour lui, il a essayé une fois la galvano-puncture pour un anévrisme de l'artère cubitale près du poignet, qui avait déjà été traité inutilement par la ligature. M. Giraldès a employé , d'après le conseil de M. Gavarret , l'appareil à courants continus de Bomsen, et s'est servi d'abord de quatre paires ; mais aussitôt que les deux aiguilles furent en contact avec l'instrument, la malade éprouva des douleurs extrêmement vives, qui obligèrent à supprimer deux paires. La tumeur s'est tendue, a doublé rapidement de volume ; en outre, la peau a été cautérisée au niveau des piqûres. Les aiguilles ont dès lors été enlevées ; chacune des ouvertures a donné un jet de sang rouge ; on a craint une hémorrhagie , et on a dù mettre l'eau glacée en usage : la tumeur n'a diminué que de moitié, et il s'en est formé consécutivement une autre dans le creux de la main.

M. Robert revient sur la nécessité de ne pas jeter trop tôt la défaveur sur une méthode qui n'est pas encore jugée, et qui lui paraît devoir être avantageuse pour les anévrismes qui, comme ceux du pli du bras , ne sont pas guéris toujours à coup sûr par la ligature des artères, et pour les

anévrismes qui, comme ceux du col, de l'aine, ne peuvent être traités par la ligature.

M. CHASSAIGNAC répète que les faits désastreux sont assez nombreux pour faire rejeter la galvano-puncture.

Sur la proposition de plusieurs membres, la discussion est ajournée à la prochaine séance, pour laquelle les membres de la Société pourront être mis exactement au courant des faits favorables et défavorables à la nouvelle méthode.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Séance du 20 *décembre* 1848.

Présidence de M. CULLERIER.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— A l'occasion du procès-verbal, M. CHASSAIGNAC relit les conclusions scientifiques du rapport qui avait été mis en discussion dans la dernière séance.

M. GIRALDÈS exprime de nouveau le regret que M. Chassaignac n'ait pas exposé les faits sur lesquels il appuyait les assertions et les conclusions de son rapport. Ces faits sont consignés dans les recueils italiens, et surtout dans un travail de M. Strambio, où sont mentionnés les résultats constatés par les congrès scientifiques de Gênes et de Milan. Ainsi, l'on reproche à la galvano-puncture de ne pas produire la coagulation du sang; et cependant cette coagulation a été positivement obtenue sur les animaux en présence des commissaires nommés par ces congrès scientifiques. M. Giraldès a relevé en outre quinze faits publiés dans ces divers recueils. Parmi ces faits, un seul a été suivi de mort; c'était dans un cas d'anévrisme de la carotide qui ne pouvait pas être traité par la ligature. L'application de la galvano-puncture a été suivie d'une inflammation violente qui s'est terminée par la mort. Dans les autres cas, il y a eu quelquefois succès, d'autres fois insuccès, avec ou sans ac-

cidents ; mais les insuccès et les accidents ne sont pas de nature à faire rejeter la nouvelle méthode. La ligature elle-même ne réussit pas à coup sûr; elle donne lieu quelquefois à des hémorrhagies secondaires graves. Sur 600 faits cités dans le relevé de M. Porta, 75 ont été suivis d'insuccès.

M. Gosselin ne s'élève pas contre les conclusions définitives du rapport; mais il pense que la Société ne doit pas laisser passer les expressions de *faits désastreux* et *désastres sur désastres*, qu'a plusieurs fois employées M. Chassaignac dans la discussion. En effet, M. Gosselin a rassemblé dans les journaux les quinze faits dont vient de parler M. Giraldès, et il a trouvé qu'un seul avait été suivi de mort. Du reste, parmi les anévrismes pour lesquels on a employé la galvano-puncture, il en est qui, comme ceux du pli du bras et du creux du jarret, auraient pu être traités par la ligature. Dans ces faits, il y a eu ou succès, ou insuccès, mais sans accidents graves. La ligature aurait pu donner des résultats semblables ; celle-ci expose d'ailleurs à des accidents dont il faut tenir compte , savoir : la gangrène du membre et la nécessité d'une amputation consécutive. Dans les autres faits, il s'agit d'anévrismes qui n'auraient pu être traités par une autre méthode et pour lesquels les malades étaient condamnés à une mort certaine. C'est par un fait de ce genre que la mort est survenue. En définitive, M. Gosselin a vu dans ces observations des résultats qui pouvaient laisser encore de l'incertitude sur la valeur de la galvano-puncture, mais non pas des résultats désastreux.

M. Chassaignac s'étonne que l'on ne parle pas de deux autres cas d'insuccès cités par M. Liston et par M. Phillips, et rappelle le fait de M. Velpeau rapporté dans le travail de M. Debout, fait pour lequel il fallut recourir à l'amputation de la cuisse à la suite de la galvano-puncture ; ces cas malheureux d'un côté, et d'un autre côté le petit nombre de succès obtenus par M. Pétrequin lui-même autorisaient la commission à conseiller une grande circonspection dans

l'emploi de ce moyen, et à ne pas accepter la substitution d'une méthode incertaine à une méthode qui a depuis longtemps fait ses preuves. M. Chassaignac fait d'ailleurs observer que les cas avantageux laissent en eux des doutes; plusieurs des observations ne sont pas suivies assez longtemps, et à cause de cela ne sont pas concluantes. Dans d'autres il est dit que la tumeur est restée molle. En conséquence, on n'a pas obtenu toujours la coagulation que l'on prétendait être le résultat constant de la galvano-puncture.

M. GIRALDÈS a connaissance du fait de Liston. Ce chirurgien a pratiqué successivement la ligature de la carotide et de la sous-clavière pour un anévrisme que l'on avait traité infructueusement par le galvanisme; mais les détails de l'observation ne font pas savoir qu'il y ait eu des accidents *désastreux*.

M. CHASSAIGNAC assure que les détails du fait de Liston publié par la *Gazette médicale* font connaître des résultats malheureux. Pour lui, il résulte de ce fait et de ceux que l'on connaît en France que la galvano-puncture n'amène la coagulation qu'à la condition de carboniser tous les tissus; c'est donc un danger réel dont il est nécessaire de prévenir les praticiens.

Après cette discussion, les conclusions du rapport de M. Chassaignac sont mises aux voix et adoptées dans les termes suivants, après quelques modifications.

1° La galvano-puncture, employée comme traitement des anévrismes externes, est de beaucoup inférieure à la ligature sous le rapport thérapeutique.

2° Jusqu'à ce que de nouvelles recherches aient été faites, il convient de considérer la méthode de l'électro-puncture comme exceptionnelle.

3° Si, dans le but d'obtenir la coagulation du sang dans l'anévrisme, on donne beaucoup d'intensité à l'action galvanique, on détermine des inflammations dangereuses et même mortelles.

Il est en outre procédé au scrutin sur la nomination de M. Debout. M. Debout est nommé membre de la Société.

— M. Deguise fils présente une tumeur volumineuse qui occupait toute la hauteur du bras droit et la région axillaire, et pour laquelle il a pratiqué la désarticulation de l'épaule. Cette tumeur entoure l'humérus, mais ne paraît pas dépendre de son périoste. Elle est manifestement encéphaloïde, mais présente en plusieurs points des masses jaunâtres qui ressemblent à du tubercule, et sur la nature desquelles M. Deguise demande l'avis de la Société.

MM. Nélaton et Gosselin pensent que ces masses sont formées par des dépôts de fibrine et résultent d'épanchements sanguins en partie résorbés.

— M. Maisonneuve annonce à la Société qu'il a pratiqué l'extirpation d'un kyste de l'ovaire; la tumeur était dans les meilleures conditions; elle était multiloculaire; sa grande mobilité avait fait penser que son pédicule était très étroit; la malade désirait vivement être débarrassée, et, comme les résultats des chirurgiens américains et anglais dans cette opération sont assez avantageux, M. Maisonneuve s'est décidé; il a pratiqué une incision de moyenne étendue; comme le kyste, après s'être présenté entre les deux lèvres, ne sortait pas facilement, il a plongé la pointe du bistouri dans une des poches de façon à diminuer le volume de la tumeur; le pédicule était en effet très étroit; au lieu d'en faire la ligature, M. Maisonneuve s'est contenté de le saisir avec une pince à anneaux et de le tordre. Il a fait ensuite une suture enchevillée à la paroi abdominale. La malade n'a éprouvé ni douleurs ni frissons, mais elle est morte au bout de vingt-deux heures; l'autopsie n'a fait voir aucune trace de péritonite, en sorte qu'il est impossible de savoir quelle a pu être la cause de cette mort si rapide.

M. Nélaton a vu succomber sans péritonite plusieurs malades opérés de hernie étranglée; comme ces malades avaient pris de l'opium, il avait craint qu'un empoisonne-

ment n'eût eu lieu ; mais il a trouvé dernièrement dans un journal une série de faits cités par M. Velpeau dans lesquels des opérés de hernie sont morts sans aucune lésion apparente.

— M. Maisonneuve rapporte en outre un exemple de luxation du coude datant de six semaines qu'il a réduite avec assez de facilité par le procédé suivant : Un lacs a été placé sur l'olécrane, les deux chefs ont été ramenés et croisés au-devant de l'avant-bras; les tractions faites sur le lacs ont de cette manière agi immédiatement sur l'olécrane, qui a été repoussé facilement à sa place naturelle.

M. Nélaton a également eu l'idée d'exercer une pression sur l'olécrane, mais il s'y est pris d'une autre manière. Après avoir placé derrière la saillie osseuse une attelle, il l'a fixée avec une bande roulée qui prenait sur l'attelle et sur l'os. M. Nélaton a réduit de cette manière une luxation du coude qui datait d'un mois.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Séance du 27 décembre 1848.

Présidence de M. Cullerier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— M. Deguise fils demande la parole à propos du procès-verbal.

Messieurs, j'ai le regret d'apprendre à la Société que l'homme auquel j'ai pratiqué la désarticulation de l'épaule a succombé. La gangrène s'est emparée du lambeau externe du moignon, des accidents d'infection purulente sont survenus qui ont emporté le malade le troisième jour. Je mets sous les yeux de la Société :

1° De nombreuses masses encéphaloïdes renfermées dans le poumon gauche.

Ces tumeurs n'étaient point enkystées, comme le démontre

l'une d'entre elles que j'ai conservée avec la portion de poumon qui la recouvre ; le tissu pulmonaire environnant n'est le siége d'aucune inflammation. Le poumon droit ne contenait qu'une seule tumeur située dans le lobe inférieur.

2° Une tumeur encéphaloïde du volume d'une noisette incrustée dans l'oreillette gauche, près de l'orifice auriculo-ventriculaire. Elle offre ceci de remarquable que par une de ses faces elle devait baigner dans le sang, puisque la membrane interne du cœur s'arrête à son pourtour.

3° Une veine du volume d'une grosse plume d'oie qui rampait sous la peau au-dessus du grand pectoral, et allait se jeter dans la jugulaire externe.

Cette veine, quand je fis l'autopsie, m'a paru renfermer, dans son intérieur, de la matière encéphaloïde ; aujourd'hui que la pièce a macéré dans l'alcool, il est difficile de reconnaître le produit cancéreux.

— M. Vidal. Messieurs, je vous ai priés d'examiner un malade qui offre une destruction de toute la partie scrotale et antiscrotale de l'urètre, d'une partie des corps caverneux et du prépuce. Vous avez pu vous assurer que ce qui reste de la verge est très court, déformé et dévié à droite.

En 1840, cet homme eut un chancre non induré ; il survint un bubon consécutif, mais qui ne suppura pas. Les désordres apparents datent de dix-huit mois. Les premiers symptômes se sont développés à droite ; la portion scrotale de l'urètre a d'abord été attaqué, puis la portion antiscrotale. Je ne pense pas, Messieurs, qu'il y ait là un cancer, ou bien un effet d'une syphilis constitutionnelle, un accident tertiaire, par exemple ; j'estimerais plutôt cette affection constituée par une ulcération serpigineuse analogue à celle du lupus. J'ai essayé l'iodure de potassium comme pierre de touche ; il ne m'a point éclairé. Ce sujet est évidemment scrophuleux. Faut-il tenter une opération pour faciliter l'émission des urines ? En quoi consistera cette opération ?

— M. Chassaignac. Je soumets à la Société un fait qui me

paraît devoir mériter quelque intérêt. Il s'agit d'un homme affecté d'une hernie intra et extra-pariétale à la région inguinale gauche. La partie la plus renflée de la tumeur, au lieu de correspondre en has, était au contraire en haut; c'était une espèce de gros clou dont la pointe répondait au testicule. En palpant la tumeur, je la sentais craquer comme si elle eût été formée par de l'intestin ; je crus pouvoir la réduire, mais je fus trompé dans mon attente, et je pratiquai l'opération deux heures après.

Le sac herniaire était très épais ; à l'incision il s'en écoula une grande quantité de liquide, et je fus fort surpris de voir les lèvres du sac rester héantes. La tumeur était formée par un entéro-épiplocèle. Une hride épiploïque s'attachait à l'un des points du sac, elle fut excisée ; puis je déhridai le collet du sac. Mais ce fut en vain que je voulus attirer l'intestin ; et quand je portai le doigt au-dessus du point où j'avais débridé, je sentis comme un second étranglement qu'il me fallut déhrider encore. Cette fois il me fut facile d'attirer l'intestin, que je trouvai très congestionné, et j'opérai la réduction.

M. Lenoir. Il y a quinze jours, j'ai pratiqué la même opération sur un homme âgé de trente-quatre ans et tellement indocile que je me trouvai dans la nécessité de l'éthériser malgré lui.

La tumeur était congéniale, irréductible depuis longtemps; elle s'était étranglée il y avait quatre jours, elle descendait jusqu'au fond des bourses. Je fis une incision depuis l'anneau jusqu'au has du scrotum, et, après avoir ouvert le sac, j'aperçus une grande quantité d'épiploon adhérant à la fois avec le sac et une portion d'intestin située au-dessus et en arrière. L'adhérence de l'épiploon était tellement complète autour de l'anneau qu'il me fallut, après avoir attiré la masse herniée, inciser couche par couche au-devant du collet, ce collet luimême et une partie de l'épiploon. Ce ne fut qu'après que la réduction de l'intestin fut possible. L'épiploon fut excisé dans une étendue pareille à celle des deux mains réunies. Le ma-

lade a guéri, malgré les adhérences qui ont été forcément conservées autour de l'anneau.

M. Michon. Je demanderai à M. Chassaignac s'il a trouvé la trace circulaire et blanchâtre de l'intestin au niveau du point où il a supposé son second étranglement? Quant à moi, j'ai toujours vu dans la hernie congéniale l'étranglement occuper l'orifice supérieur du canal, et je suis porté à penser que la cavité signalée par M. Chassaignac au-dessus du collet du sac peut très bien n'être pas due à un double étranglement.

M. Chassaignac répond que le degré de constriction de l'intestin était très fort dans les deux points où il a débridé, et, quoiqu'il ne puisse affirmer que l'intestin ait présenté ce sillon blanchâtre et circulaire dont parle M. Michon, il ne doute pas qu'il y ait eu là deux étranglements.

M. Morel-Lavallée. Il s'est présenté dans le service dont je suis chargé à l'hôpital de la Charité un homme offrant tous les signes d'une hernie inguinale étranglée. L'interne de garde, après quelques essais de taxis, réduisit la hernie.

Le lendemain, le malade accusait des douleurs très vives au niveau de l'aine. Il était évident que l'étranglement persistait. Je voulus m'éclairer de la grande expérience de M. le professeur Velpeau; il fut d'avis d'opérer. L'incision fut pratiquée comme de coutume; la hernie était formée d'épiploon et d'intestin; la constriction était peu sensible; après le débridement, la réduction fut facile.

Le lendemain encore, les symptômes d'étranglement continuent. Le malade meurt.

A l'autopsie, je trouvai une portion de l'intestin, voisine de celui qui avait été réduit, malade, étranglée et refoulée sous le péritoine décollé jusqu'au-devant du psoas iliaque.

M. Vidal (de Cassis). Je ferai remarquer que les hernies observées par MM. Chassaignac et Morel-Lavallée n'ont rien d'extraordinaire et que chacun des membres de la Société pourrait en citer de semblables.

M. Morel-Lavallée. Le fait que j'ai signalé a néanmoins paru fort curieux à M. Velpeau, et je ne vois pas, en admettant même qu'il n'ait rien d'insolite, ce qui pourrait l'empêcher d'intéresser la Société. Tous les jours nous rapportons ou nous écoutons avec intérêt des faits qui n'ont rien de nouveau.

M. Vidal (de Cassis). Je ne refuse pas à M. Morel-Lavallée l'intérêt qu'il donne à sa communication; mais je crois qu'il est bon, lorsqu'on expose des faits semblables, de rappeler que ces faits sont classiques et connus depuis longtemps.

M. Maisonneuve. Je n'admets point le rétrécissement de l'orifice supérieur du canal inguinal, mais seulement le rétrécissement du sac; par conséquent, en tirant sur le sac, on peut amener le point rétréci et l'inciser sans toucher à la paroi antérieure du canal inguinal.

M. Michon. Lorsque tout à l'heure je posais en principe que dans la hernie congéniale l'étranglement avait lieu à l'orifice supérieur du canal inguinal, je n'ai pas décidé si c'était le canal ou le sac qui était rétréci. Je ne pense pas qu'il soit aussi facile, comme le prétend M. Maisonneuve, de tirer sur le collet du sac et de l'amener à l'extérieur; je regarde comme beaucoup plus certain d'inciser la paroi antérieure du canal.

— M. Huguier. Messieurs, j'ai à vous entretenir de deux faits curieux : dans le premier, il s'agit d'un homme qui reçut un coup de couteau dans la partie gauche de l'hypogastre. La plaie, pénétrante, avait un centimètre et demi d'étendue; elle donnait passage à une portion d'épiploon du volume d'une noix. Un médecin avait été appelé, et, malgré tous ses efforts, l'épiploon n'avait pu être réduit. Je me servis d'une sonde de femme pour tenter la réduction, que j'opérai avec une extrême lenteur. Néanmoins, m'étant aperçu que l'intestin, au lieu de rentrer dans la cavité abdominale, se trouvait simplement refoulé sous la peau dans le tissu adipeux, je me décidai à agrandir la plaie faite à la peau dans

une étendue de deux pouces et demi, et j'opérai le débridement et la rentrée de l'intestin. Le malade a parfaitement guéri.

Le second fait a trait à une hernie sortie depuis huit jours et étranglée depuis la veille. Le taxis ayant été inutile, l'opération fut pratiquée avec l'aide du chloroforme. L'opération fut très simple. Le sac, parfaitement transparent, renfermait une sérosité légèrement colorée en rouge. Cette coloration n'a donc nullement gêné la transparence du sac, comme on l'a prétendu. Ce fait vient donc encore à l'appui de ceux dont j'ai déjà entretenu la Société.

M. Robert. Le premier fait de M. Huguier n'est pas sans analogue dans la science : je me rappelle, étant interne à l'Hôtel-Dieu, avoir vu un cas exactement semblable avec MM. Fouilloux et Dubled. Dupuytren, dans le service duquel se trouvait le malade, ne put opérer la réduction de l'intestin qu'en pratiquant un large débridement.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Séance du 3 *janvier* 1849.

Présidence de M. Cullerier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— M. Morel-Lavallée exprime le regret de ne pas s'être trouvé à la séance dans laquelle, à propos des hernies étranglées, il a été dit par quelques membres qu'il n'était pas très rare de ne trouver, à l'autopsie, aucune cause appréciable de mort, pas même la plus petite trace de péritonite ; il aurait demandé la parole pour dire qu'en 1836 il avait souvent fait des autopsies de personnes mortes de hernies étranglées, et qu'il n'avait pas trouvé de péritonite. Ces faits ont été rapportés dans le concours de 1841.

— M. Gosselin. Messieurs, j'ai examiné le malade qui nous a été présenté par M. Morel-Lavallée. Je crois qu'il s'agit

d'une tumeur blanche de l'articulation huméro-cubitale avec hypertrophie considérable de la tête du radius et relâchement des ligaments.

M. Nélaton. Je partage entièrement la manière de voir de M. Gosselin ; de plus, je crois à une altération profonde des cartilages diarthrodiaux, lesquels seraient convertis en une substance semblable à du velours. Je crois encore que l'articulation renferme un liquide et plusieurs corps étrangers ostéo-fibreux jouissant d'une certaine mobilité. Ce malade me rappelle une pièce donnée par M. Robert à M. Cruveilhier. Cette pièce était une articulation du coude renfermant quatorze corps étrangers.

M. Michon. Il serait important de connaître l'origine de la maladie. On saurait ainsi si elle a commencé par la synoviale, comme cela a lieu lorsque l'articulation contient des corps étrangers. Dans ce cas, les surfaces articulaires offrent constamment une notable hypertrophie.

En ce moment, j'ai dans mon service un malade qui présente une lésion semblable à l'articulation coxo-fémorale. Il se passe dans cette jointure un bruit particulier, une espèce de craquement dû au frottement des corps étrangers. Chez mon malade, pas plus que chez celui de M. Morel, il n'y a de luxation spontanée.

M. Giraldès. Dans ce genre d'affection, on trouve quelquefois sur la synoviale des saillies comme papillaires, extrêmement développées ; elles atteignent quelquefois un centimètre de longueur ; les fibres ligamenteuses perdent leur élasticité ; aussi, il arrive que les surfaces articulaires jouent parfaitement entre elles. J'ai vu deux cas semblables dans lesquels les malades pouvaient se servir de leurs membres sans la moindre douleur.

M. Morel-Lavallée. M. Michon demandait tout à l'heure l'origine du mal. Il s'est développé depuis un an d'une manière imperceptible. Comme vous, messieurs, j'ai constaté la fluctuation du liquide, des corps étrangers avec la crépitation,

la laxité des ligaments; j'ai mesuré les os avec un compas d'épaisseur, il n'y a pas de différence sensible avec le côté sain ; j'ai pratiqué une ponction à la partie externe de la tumeur, elle a fourni un peu de sang.

Je remercie mes honorables collègues du diagnostic qu'ils ont porté sur mon malade ; néanmoins, j'aurais désiré qu'ils exprimassent leur avis sur l'opportunité d'une opération. Quant à moi, je serais d'avis de n'en point faire, et je base mon opinion sur ce que mon malade a conservé l'usage de son membre, et que, s'il fallait s'en rapporter à son dire, ce membre serait plus fort que celui du côté opposé.

— M. Nélaton. Messieurs, je désire vous entretenir d'un nouveau procédé opératoire que je viens d'employer chez un jeune homme qui était affecté d'un polype fibreux situé derrière le palais. Ce polype, donnant lieu à des hémorrhagies abondantes et souvent répétées, il était urgent d'en débarrasser au plus tôt le malade. Préoccupé de l'idée que la plupart des opérations pratiquées jusqu'à ce jour pour l'extraction des polypes ne sont que palliatives, puisque le pédicule reste toujours, quel que soit le procédé employé, je voulus me mettre à l'abri de cette repullulation, et je procédai de la manière suivante : Je divisai le voile du palais dans toute son étendue, et, les aides tirant sur chaque partie de la luette, je vis le polype qui s'enfonçait dans la narine gauche. Je prolongeai l'incision jusqu'à la moitié de la voûte palatine, j'écartai la membrane palatine; puis, avec des ciseaux, je coupai la muqueuse supérieure de la voûte palatine. Avec un petit perforateur je fis un trou, et avec une pince de Liston j'excisai la cloison. Les fosses nasales étaient largement ouvertes ; à leur paroi supérieure et contre la pointe ptérygoïde, on apercevait le polype adhérent en cet endroit par une large base d'implantation. J'en fis l'excision avec des ciseaux courbes. L'opération terminée, au lieu de réunir les lambeaux de la voûte et du voile du palais, j'ai conservé cette cavité pour cautériser la partie du polype forcément restée à la paroi supérieure des

fosses nasales. Après l'ablation du polype, les hémorrhagies ont cessé. Le lendemain de l'opération, les lèvres de la voûte se trouvaient réunies; il me fallait les désunir pour reconnaître l'insertion du polype. Le surlendemain, une seconde réunion avait encore eu lieu, que je détruisis de nouveau. Une péricardite est survenue, qui m'a mis dans la nécessité de m'occuper d'elle d'une manière exclusive. Aujourd'hui, mon malade est assez bien pour que je puisse, sans inconvénient, achever la guérison du polype.

M. Deguise fils. Je demanderai à M. Nélaton s'il n'y aurait pas avantage à détruire immédiatement par un moyen quelconque ce qui reste du polype après son incision. Quant à moi, je verrais quelques inconvénients (si les choses se passaient toujours comme l'a dit M. Nélaton) à désunir sans cesse les lèvres d'une plaie dont on a quelquefois tant de peine à opérer la réunion.

M. Nélaton. Je ne verrais aucun inconvénient à agir de la sorte, si l'on pouvait avoir la certitude de détruire le reste du polype en une seule séance. Si je me suis conduit autrement, c'est que j'ai pensé que plusieurs cautérisations seraient indispensables pour détruire le mal.

M. Robert. Je regarde comme exagérée l'opinion émise par M. Nélaton au sujet de la repullulation forcée des polypes traités par la ligature, l'arrachement ou l'excision. Quant à moi, je suis certain d'avoir guéri deux malades par la ligature. J'ai eu de leurs nouvelles, et la guérison s'est maintenue. Je dois ajouter cependant que ces polypes différaient de celui de M. Nélaton, en ce sens que leur pédicule était extrêmement mince. M. Nélaton ne nous a point fait connaître l'anatomie pathologique de son polype.

M. Nélaton. Ce polype était essentiellement fibreux. Je ne puis mieux le comparer qu'aux disques inter-vertébraux. Les fibres qui le constituaient étaient traversées par des vaisseaux assez volumineux.

M. Chassaignac. J'adresserai à M. Nélaton quelques ques-

tions. Dans les diverses sections qu'il a faites, le malade a-t-il perdu beaucoup de sang? Est-il survenu de la suffocation? L'action mécanique de la pince de Liston sur la lame criblée de l'ethmoïde était-elle sans danger? Aurait-on pu enlever immédiatement par le grattage ce qui restait du polype? Comment la déglutition s'est-elle opérée depuis l'opération?

M. Nélaton. Je répondrai à M. Chassaignac qu'il ne s'est presque pas écoulé de sang; qu'il n'y a pas eu de suffocation. La pince de Liston ne pouvait aller jusqu'à la lame criblée, et il est facile d'opérer la section des os palatins sans communiquer aucun ébranlement à l'ethmoïde. Je n'ai pas employé le grattage, pour les motifs que j'ai déjà énoncés à M. Deguise fils. Quant à la déglutition, elle s'est toujours parfaitement exécutée depuis l'opération.

M. Huguier. Il me semble que le polype observé par M. Nélaton est une espèce de tumeur du périoste. On ne peut extraire en totalité ce genre de tumeur qu'en arrachant les portions qui s'implantent de tous côtés. Dans un cas semblable, au lieu d'attaquer le mal comme l'a fait M. Nélaton, j'ai ouvert le sinus en avant.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Séance du 10 *janvier* 1849.

Présidence de M. Cullerier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Vidal (de Cassis) demande la parole à propos du procès-verbal, et s'exprime en ces termes:

M. Nélaton, en se proposant de détruire les vestiges du pédicule des polypes, divise la portion molle et la portion dure du palais. Je rappellerai à la Société que la division des parties molles a été employée dans ce but depuis des temps immémoriaux. Je rappellerai encore que la réunion immédiate

du voile du palais après sa division, telle que l'a observée M. Nélaton, a été aussi signalée. On trouve cette réunion immédiate mentionnée dans un livre classique. Quant à la division de la portion dure du palais, l'idée mère appartient seule à M. Nélaton, et elle constitue un véritable progrès. Si je n'ai point fait ces observations à la dernière séance, c'est que ma mémoire n'était pas assez sûre et qu'elle avait besoin d'être rafraîchie.

— M. Deguise fils. Messieurs, vous avez eu l'obligeance d'examiner un jeune enfant auquel je porte le plus vif intérêt. Mon but, en réclamant vos conseils, n'a pas été de m'éclairer sur le diagnostic, mais de vous consulter sur le traitement à suivre. Voici en quelques mots l'histoire de mon petit malade. « La tumeur blanche du genou date environ de dix-huit mois; elle s'est développée sans cause appréciable. Il y a un an, lorsque j'ai été appelé pour donner mes soins à cet enfant, l'aspect du membre était le même qu'aujourd'hui. Ainsi j'ai constaté comme vous la tuméfaction de l'extrémité supérieure du tibia, cette fausse fluctuation due sans doute au développement anormal des pelotons adipeux; l'étendue bornée des développements auriculaires, l'absence de douleurs, l'atrophie des muscles de la jambe. Je débutai par l'application d'une série de vésicatoires volants (25 au moins). Il va sans dire que pendant tout ce temps l'enfant fut assujetti au repos au lit. Une gouttière en carton maintenait l'articulation dans une immobilité parfaite. Des tisanes amères et toniques, les mêmes de gentiane et de quinquina, l'huile de foie de morue et l'iodure de potassium, furent administrés tour à tour. Les vésicatoires apportèrent une amélioration notable au bout d'un mois; mais ensuite le mal resta stationnaire, malgré ma persévérance à appliquer de nouveaux vésicatoires. Il fallut de toute nécessité abandonner cette médication. J'eus recours à la compression pratiquée au moyen de bandelettes de diachylum. J'obtins encore un mieux sensible; mais ensuite je fus obligé de renoncer à la compression, pour les

mêmes motifs qui m'avaient fait abandonner les vésicatoires. Je me servis du marteau de Mayor, et sous l'influence de cet agent l'articulation reprit sa forme et son aspect naturels. Les préparations internes dont je vous ai parlé avaient été continuées. Nous étions alors dans la belle saison, et j'en profitai pour faire respirer au grand air mon petit malade. Son état général était excellent. Je pensai qu'il était temps de faire exécuter à l'articulation quelques mouvements. Je me chargeai de ce soin particulier; puis ensuite je le laissai aux parents, qui s'en acquittèrent avec la plus grande sollicitude. L'articulation recouvra sa liberté. Je fis fabriquer de petites béquilles à l'enfant, et il put marcher. Nous croyions tous pouvoir compter sur la guérison, lorsque la mauvaise saison arriva. Aussitôt il s'opéra dans l'état de l'enfant un véritable changement à vue. L'extrémité supérieure du tibia reprit peu à peu le volume que vous lui voyez aujourd'hui. Avec la tuméfaction articulaire reparut l'impossibilité d'étendre complétement le membre, ou bien de le fléchir à angle droit. La santé générale devint détestable, l'appétit disparut; il survint de la toux, un mouvement fébrile tous les matins.

C'est alors que je voulus revenir au marteau de Mayor, dont j'avais eu tant à me louer; mais je trouvai chez l'enfant une répugnance que la faiblesse de ses parents rendit invincible. Je fis usage de la compression, elle ne produisit rien. Je conseillai des douches de vapeur, dont on continue encore l'administration, elles ne donnent aucun résultat. Je viens donc, messieurs, vous demander ce que vous feriez en pareille circonstance.

M. Chassaignac. Mon avis serait d'avoir recours à l'immobilité absolue de l'articulation. Je considère cette immobilité comme la panacée des maladies articulaires. Mais pour cela il faut une véritable cuirasse que l'on n'obtient pas également avec tous les appareils ordinaires, tels que gouttières, attelles, etc. La dextrine donne seule ce résultat. Elle offre encore cet avantage que l'on peut établir des fenêtres qui per-

mettent l'application de cautères sans nuire à l'immobilité. J'ai guéri de cette façon un jeune enfant chez lequel plusieurs modes de traitement avaient échoué. J'ai vu dernièrement avec notre honorable collègue, M. Michon, un malade qui porte un appareil semblable, et qui se trouve beaucoup mieux.

M. Vidal (de Cassis). Je recommande à M. Deguise fils une gouttière que j'apporterai à la prochaine séance. Avec cette gouttière le membre est immobile, étendu, avec extension et contre-extension continuelles, et la marche peut avoir lieu.

M. Robert. Quoique MM. Baudelocque et Barthez prescrivent quelques mouvements dans certaines affections articulaires dans le but de s'opposer à l'ankylose, et qu'ils prétendent s'en bien trouver, je ne pense pas que dans le cas actuel il faille suivre leurs conseils. Les cartilages sont sains; il n'y a pas de douleurs. Ce n'est pas là une variété de tumeur blanche susceptible d'ankylose. Aussi, je conseillerais la compression obtenue avec des bandelettes de diachylum, l'articulation étant maintenue dans une gouttière. J'ai guéri de la sorte un enfant chez lequel le feu avait échoué.

M. Huguier. M. Robert a dit qu'il ne redoutait pas l'ankylose, parce que les surfaces articulaires étaient saines. Ne voyons-nous pas tous les jours une ankylose survenir malgré 'intégrité des cartilages! Pour ma part, je craindrais que l'immobilité ne conduisît à l'ankylose à cause de la tuméfaction de l'extrémité supérieure du tibia. Cet état est-il dû à la présence de tubercules? ou bien est-ce une ostéite pure et simple? Ces questions, si intéressantes à connaître eu égard au traitement, ne me paraissent pas susceptibles d'être complétement résolues.

— M. Vidal (de Cassis). Messieurs, je vous ai présenté un malade auquel j'ai pratiqué l'opération du bec-de-lièvre par la méthode ancienne. Vous savez que M. Malgaigne a prétendu que par la simple division on n'obtenait jamais une réunion

complétement immédiate. Mon opéré est la preuve vivante du contraire.

— M. Robert lit un mémoire intitulé *Considérations pratiques sur les kystes séreux profonds ou interstitiels de la glande mammaire.* Ce travail est le résumé de six observations recueillies par l'auteur en quelques années.

Ces kystes sont tous uniloculaires et primitivement développés dans le tissu cellulaire qui unit entre eux les divers lobes de la glande du sein. D'abord complétement entourés par le tissu de la glande, ils distendent celle-ci et s'en constituent comme une espèce de coque ; puis, continuant à grossir, ils se font jour à travers l'écartement de ses lobes, et ne sont plus alors recouverts du côté de la peau que par le tissu cellulaire adipeux sous-cutané. C'est à ce moment que, leurs progrès devenant plus rapides, ils commencent à attirer l'attention des malades et sont soumis à l'observation des chirurgiens.

Ils ne causent, en général, ni douleur, ni troubles fonctionnels. Cependant, dans un cas, M. Robert a observé des douleurs névralgiques à toute la région du sein, au bras et à l'épaule; ces douleurs cédèrent à la ponction de la tumeur.

Ces kystes renferment un liquide ordinairement transparent et citrin, comme celui des hydrocèles; quelquefois verdâtre ou roussâtre. Leurs parois sont presque toujours très minces et très adhérentes au tissu de la glande mammaire. Leur surface interne est lisse comme celle des membranes séreuses. Le tissu de la glande qui les environne n'est quelquefois pas altéré, et présente à leur surface l'aspect lobulé ou granuleux qui lui est propre.

Dans un cas cependant, une inflammation subaiguë s'était développée autour du kyste, avec engorgement du tissu cellulaire, avec adhérence et rougeur des téguments. Deux ganglions engorgés se remarquaient derrière le bord externe du muscle grand pectoral. Le kyste lui-même contenait des fausses membranes et un liquide vert-brun.

Les kystes séreux profonds du sein se présentent sous la forme de tumeurs sphéroïdes, d'un volume qui peut varier entre celui d'une petite noix et celui d'une pomme; le toucher reconnaît à leur surface tantôt de petites saillies comme granulées, tantôt des bosselures un peu plus volumineuses; leur consistance est à peu près celle du squirrhe ou des corps fibreux du sein; mais, dans tous les cas observés par M. Robert, il existait à la partie la plus saillante ou centrale de leur surface un petit point où la rénitence était élastique, et bien différente de celle que présentaient les autres parties de la tumeur. Cette particularité, sur laquelle M. Robert insiste, lui a été très utile pour le diagnostic; il a pu percevoir la fluctuation en saisissant d'une main et comprimant brusquement la tumeur sur deux points opposés de sa base, tandis que l'indicateur de l'autre main était appuyé sur la partie élastique et molle.

Si l'on était consulté à l'époque où le kyste est encore complétement enveloppé par le tissu de la glande, il serait très difficile de le reconnaître; une ponction exploratrice seule pourrait dissiper tous les doutes.

L'étiologie des kystes séreux du sein est aussi obscure que celle des kystes en général. Dans aucune des observations que M. Robert a recueillies, il n'a été possible de faire remonter la maladie à une cause accidentelle: une contusion ou un froissement du sein, par exemple. Dans un cas, les deux seins ont été successivement affectés; dans tous les autres, la maladie s'est bornée à un sein.

Le traitement des kystes séreux de la mamelle consiste, d'une manière générale, à vider la poche et à provoquer dans son intérieur une inflammation suivie de l'adhésion des surfaces qui la constitue. L'extirpation est impossible, à cause des rapports intimes du kyste avec le tissu de la glande mammaire.

La ponction simple, bien que, dans un cas rapporté par

A. Cooper, elle ait obtenu la guérison radicale, offre trop de chances de récidive pour être recommandée.

M. le professeur Velpeau conseille de vider le kyste avec un trocart fin, puis d'injecter dans sa cavité de la teinture d'iode. Sans méconnaître les avantages et la simplicité de cette méthode, M. Robert a préféré, jusqu'à présent, ouvrir largement le kyste et introduire dans son intérieur une mèche destinée à déterminer l'inflammation suppurative de ses parois. Quatre malades opérées de cette manière sont guéries sans le moindre accident. La cinquième portait à la paroi externe du sein droit une tumeur du volume d'une petite orange, dont les parois étaient le siége d'une inflammation chronique à laquelle participaient le tissu cellulaire sous-cutané et la peau elle-même. L'opération parut avoir, pendant dix jours, les suites les plus heureuses ; mais il survint un érysipèle, puis une stomatite couenneuse, qui firent périr la malade au bout de quarante-sept jours.

Bien qu'il y ait dans ces faits des circonstances exceptionnelles qui n'ont pas été étrangères au résultat funeste de l'opération, on ne saurait méconnaître qu'il n'y ait plus de gravité à inciser largement un kyste qu'à lui pratiquer une simple ponction suivie d'injection. Si donc M. Robert a préféré l'incision, c'est qu'elle lui a paru plus sûre en lui permettant d'explorer librement l'intérieur du kyste, d'en extraire les fausses membranes s'il s'en trouvait, de remplir, en un mot, toutes les indications fournies par cet examen. Mieux renseigné aujourd'hui sur la nature de ces kystes, il emploierait volontiers d'abord la ponction; sauf à recourir plus tard à l'incision, si la première n'avait pas réussi. Cependant il ouvrirait d'emblée les kystes qui ont donné lieu à l'inflammation du tissu cellulaire, ou ont été eux-mêmes, à une époque donnée de leur existence, le siége d'une inflammation plus ou moins aiguë.

Ce Mémoire, entrepris dans le but d'éclairer la question du

diagnostic, fait naître une discussion qui s'ouvre en ces termes :

M. Chassaignac. Le diagnostic présenté par M. Robert pour les kystes séreux de la région du sein peut se rencontrer dans d'autres affections. Ainsi, chez une malade qui portait au sein une tumeur que je pris pour un kyste, il existait une fluctuation évidente, je ponctionne, et il s'écoule de la sérosité; après quoi, je pratique une injection iodée. Je croyais cette malade guérie, lorsqu'elle revint avec un énorme cancer encéphaloïde.

M. Michon. Il me semble que le diagnostic des kystes du sein n'est pas aussi facile que le pense M. Robert. Le point mou signalé par M. Robert peut très bien exister sans qu'il y ait de fluctuation. Tout récemment, j'ai vu un kyste dont le point saillant se trouvait sous l'auréole; il me fut impossible de trouver de la fluctuation. Après quatre ou cinq jours, convaincu que j'avais affaire à une tumeur solide, je me décidai à l'enlever. Mais, en voulant énucléer la tumeur et me servant d'une érigne, je fus fort surpris de voir s'écouler de la sérosité : c'était un kyste. Pareille méprise a été faite dernièrement par un professeur célèbre. M. Robert a dit qu'on ne pouvait pas extirper le kyste en totalité; ma malade a cependant guéri de cette façon. D'un autre côté, il ne suffit pas d'avoir constaté la présence d'un kyste, il faut décider si le kyste constitue la maladie principale. Chez une dame que j'ai vue avec M. Cloquet et qui succomba après avoir eu une incision pour un prétendu kyste, nous trouvâmes un magnifique cancer. Je ne dis rien du traitement proposé par M. Robert; c'est celui que nous suivrions tous.

M. Huguier. J'aurais désiré voir M. Robert entamer la question des complications des kystes. Chez une malade que j'opérai pour une affection semblable, le kyste était énorme. Chez une autre, que je vis avec M. Denonvilliers, il y avait quatre ou cinq kystes renfermant chacun des liquides de coloration diverse. Il eût été intéressant d'étudier la diversité de

la coloration des liquides, et surtout la présence des kystes au milieu des masses cancéreuses. Les prétendus kystes dégénérés en cancers ne sont que des cancers compliqués de kystes.

M. Lenoir. Les kystes cancéreux sont indiqués par Dupuytren et M. Marjolin. Le sujet n'est donc pas neuf. Il est une autre espèce de kystes dont M. Robert n'a pas parlé : une jeune fille avait au sein une tumeur qui offrait une fluctuation douteuse. A la lumière artificielle, je trouvai une transparence très manifeste, et je déclarai avoir affaire à un kyste. Je ponctionnai, et il en sortit une hydatide. Je voulus inciser largement la poche et la faire suppurer, mais les parois du kyste revenues sur lui-même étaient tellement épaisses que je fus obligé de l'enlever.

M. Robert. Il sera toujours facile de distinguer un kyste simple d'un kyste accompagnant un cancer. Effectivement, dans ce dernier cas, la ponction détermine l'affaissement du kyste, mais laisse intact le tissu cancéreux. Dans le kyste simple, au contraire, il ne reste plus après la ponction que la coque du kyste, qui, n'ayant aucune analogie avec le cancer, ne pourra jamais être confondue avec lui.

La séance est levée à six heures.

Séance du 17 *janvier* 1849.

Présidence de M. Cullerier.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. Guersant commence la lecture d'un travail sur le traitement des calculs urinaires chez les enfants. (Nous avons fait connaître les faits qui forment la base de ce travail dans notre numéro du 11 janvier.)

— M. Maisonneuve présente un malade auquel il a pratiqué, après en avoir entretenu la Société, la section du col du fémur pour une ankylose coxo-fémorale qui tenait la cuisse à angle presque droit sur le bassin. M. Maisonneuve s'était pro-

posé, d'après le conseil que lui avait donné M. Nélaton, de couper le col au-dessus des trochanters; mais des difficultés à peu près insurmontables l'obligèrent à revenir à l'opération faite par Rhéa-Barton, c'est-à-dire à la section entre les deux trochanters: pendant l'opération le nerf sciatique a été coupé. Voici les résultats que l'on constate aujourd'hui: le fémur n'est plus à angle droit sur le bassin, il descend en ligne droite; de telle façon que le malade peut appuyer le pied sur le sol, et marcher avec un bâton au lieu des béquilles dont il se servait auparavant. On sent à la partie supérieure du fémur un renflement au delà duquel se transmettent les mouvements imprimés au membre; il n'y a donc pas de fausse articulation. Le malade s'asseoit avec facilité et exécute avec son membre des mouvements assez étendus. Enfin la sensibilité et la motilité, qui avaient disparu par suite de la section du nerf sciatique, commencent à reparaître; les muscles de la cuisse et de la jambe ont retrouvé leurs contractions. Ceux du pied sont encore paralysés; mais cette partie est le siége d'un engourdissement qui sur les autres points du membre a précédé le retour des contractions. Le malade est obligé de porter un brodequin avec deux montants latéraux pour éviter les ballottements du pied sur la jambe.

M. Michon fait observer que la possibilité de s'asseoir et d'exécuter des mouvements s'explique par une mobilité anormale et supplémentaire dans la symphyse sacro-iliaque. Quant au rétablissement de la sensibilité et du mouvement après la section complète du nerf sciatique, M. Michon a observé un fait semblable sur une malade à laquelle il avait excisé une portion assez considérable de ce nerf pour un névrome cancéreux. La sensibilité et le mouvement se sont rétablis de haut en bas, c'est-à-dire dans la cuisse d'abord, puis dans la jambe, et enfin dans le pied.

M. Gosselin attribue aussi les mouvements qu'exécute le malade à une mobilité plus grande de la symphyse sacro-iliaque; mais il pense que ces mouvements supplémentaires

se passent en même temps en grande partie dans les symphyses sacro-vertébrales et dans les articulations des vertèbres lombaires. M. Gosselin fait remarquer d'ailleurs que M. Maisonneuve n'a pas obtenu le résultat que se proposait Rhéa-Barton, c'est-à-dire une fausse articulation au niveau de la section. Ici, comme dans le fait de Rhéa-Barton lui-même, une consolidation s'est opérée, et c'est par un autre mécanisme, c'est-à-dire par la simple substitution d'une bonne position à une position vicieuse, qu'un résultat avantageux a été obtenu.

La séance est levée à cinq heures ct demie.

Séance du 24 janvier 1849.

Présidence de M. Cullerier.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. Guersant termine la lecture de son travail sur le traitement des calculs urinaires chez les enfants.

La discussion s'engage ensuite sur ce travail.

M. Maisonneuve s'étonne que dans l'appréciation des diverses méthodes, les tailles rectales aient été traitées avec dédain; il aurait voulu que M. Guersant parlât au moins du procédé nouveau qui a donné une guérison en quatre jours, et que l'auteur expliquât les motifs de son exclusion.

M. Guersant répond qu'il a rejeté d'une manière générale les tailles par le rectum, mais qu'il a laissé de côté le procédé de M. Maisonneuve, parce qu'il est trop nouveau et n'a pas été employé assez souvent pour qu'on puisse apprécier sa valeur.

M. Huguier demande une explication sur les accidents qu'a observés M. Guersant à la suite de la taille. Il a parlé d'accidents primitifs et consécutifs; mais en quoi ont consisté ces derniers?

M. Guersant répond que sur 42 tailles il a obtenu 34 guérisons, dont deux avec fistules urinaires persistantes ; huit sont morts : quatre d'accidents consécutifs causés par l'inflammation phlegmoneuse du petit bassin, et quatre de maladies intercurrentes.

M. Vidal approuve M. Huguier d'avoir fait cette question ; il est bon de savoir qu'il y a des inflammations phlegmoneuses mortelles du petit bassin, car c'est en vue de prévenir ces inflammations qu'il avait conseillé la taille en deux temps.

M. Robert fait observer qu'il est utile de bien constater cette cause de la mort chez les enfants, car elle est différente de celle que l'on observe chez les vieillards. Ces derniers succombent presque toujours par l'inflammation des reins qui préexiste, mais s'exaspère et devient plus grave à la suite de l'opération; les enfants, au contraire, ne paraissent pas avoir de ces inflammations fâcheuses. M. Robert regrette que M. Guersant n'ait pas profité des matériaux qui étaient à sa disposition pour faire un parallèle complet de la taille et de la lithotritie chez les enfants. Il y a dans ce travail, en effet, un élément capital, c'est que la taille a donné 8 morts dans 42 cas, et la lithotritie 5 morts sur 18, plus 3 malades que l'on a été obligé de tailler après des tentatives de lithotritie; il eût été bon de faire ressortir davantage cette différence toute à l'avantage de la taille chez les enfants. Enfin, M. Guersant n'a pas fait mention des cas d'incontinence d'urine consécutive à la lithotomie.

M. Guersant fait savoir qu'il a observé en effet trois cas d'incontinence d'urine, qui ont cédé à l'usage des bains sulfureux.

M. Robert exprime encore le regret que M. Guersant n'ait pas mis en parallèle la taille latéralisée et la taille bilatérale ; M. Robert croit que cette dernière expose au moins autant que l'autre à la blessure du rectum, et que cela ressort même des observations de l'auteur. Il eût été avantageux aussi de

comparer ces deux méthodes sous le rapport de l'hémorrhagie consécutive.

M. Marjolin fils demande quelles maladies intercurrentes ont amené la mort dans quatre des cas cités par M. Guersant. Il est en outre fort important de faire remarquer que les reins n'ont jamais été trouvés malades, car c'est là ce qui établit la principale différence entre les enfants et les vieillards; les maladies des reins compromettent tellement les résultats de l'opération qu'elles peuvent même devenir une contre-indication. Sur un malade qu'il a observé à l'hôpital Saint-Antoine, M. Marjolin a renoncé à pratiquer la taille à cause des accidents graves qu'éprouvait le malade; à l'autopsie on trouva en effet une suppuration des reins et un abcès descendant dans la paroi abdominale, qui aurait amené la mort dans tous les cas. M. Marjolin trouve enfin que M. Guersant a trop laissé le choix de l'opération aux habitudes du chirurgien, et qu'il n'a pas assez posé les indications qui réclament telle méthode plutôt que telle autre.

M. Guersant a accordé une certaine importance à l'habitude de l'opérateur, mais seulement pour le choix du procédé de taille, et non pour le choix entre la taille et la lithotritie. Quant aux indications de l'une ou de l'autre de ces dernières, il a dit bien positivement que, si le calcul était gros, la taille était plus avantageuse; s'il était petit, la lithotritie devait être préférée. Enfin, les maladies intercurrentes qui ont causé la mort dans quatre cas, sont : une rougeole, une scarlatine, une pneumonie et une nostalgie.

M. Maisonneuve. Il est question dans le travail de M. Guersant de calculs arrêtés dans l'urètre après le broiement; il est un moyen qui pourrait mettre à l'abri de cet inconvénient, ce sont les injections : M. Guersant en pratique-t-il immédiatement après l'opération?

M. Guersant en a fait quelquefois et l'a dit dans son Mémoire; mais ces injections ne peuvent pas procurer l'issue immédiate de tous les fragments, il en reste toujours un cer-

tain nombre qui pourront s'engager et s'arrêter plus tard dans le canal.

M. Huguier. On a dit plusieurs fois, dans cette discussion, que la suppuration des reins était rare chez les enfants ; elle peut avoir lieu cependant, et même préexister à l'opération. M. Huguier a vu à l'hôpital Beaujon un enfant de dix à onze ans qui avait la pierre, et fut pris d'une rougeole au moment où on se disposait à le tailler ; il mourut, et l'on trouva une grande quantité de pus dans les uretères et dans les reins. On dut tenir compte d'un pareil fait, et ne pas attribuer dans tous les cas l'inflammation suppurative à l'opération, si on la constatait après que cette dernière aurait été pratiquée.

M. Michon trouve comme M. Robert que, dans ce Mémoire, les avantages et les inconvénients de la taille et de la lithotritie ne sont pas assez mis en parallèle. M. Guersant arrive à cette conclusion, que les avantages se balancent; mais ce n'est pas assez dire. Quant à lui, M. Michon, il n'hésite pas à se prononcer contre la lithotritie chez les enfants, parce qu'elle est plus lente, plus difficile que la taille, et aussi parce que la muqueuse vésicale gonflée et boursouflée est plus aisément pincée par les instruments. Enfin, M. Michon ne voudrait pas non plus qu'on fît trop intervenir l'habitude dans le choix des opérations.

M. Guersant soutient que les avantages des deux méthodes se balancent, mais que les inconvénients de la lithotritie sont plus grands que ceux de la taille. Quant au mot *habitude*, M. Guersant y tient; quand il n'y a pas de différences très grandes entre les résultats fournis par deux opérations, le chirurgien est pleinement autorisé à choisir celle qu'il pratique le plus souvent et dont il est le plus sûr.

M. Chassaignac reconnaît comme ses collègues les *desiderata* qui ont été signalés ; mais on ne peut pas exiger d'un auteur autre chose que ce qu'il a voulu dire. M. Guersant n'a pas eu l'intention d'établir le parallèle complet de la taille et de la lithotritie, il a voulu seulement exposer les résultats de

sa pratique sur ce sujet ; la Société ne peut le juger à un autre point de vue que celui-là. Pour ce qui est de l'habitude, on ne doit pas en effet la consulter lorsqu'il s'agit du choix d'une méthode ; mais comme le choix des procédés a beaucoup moins d'importance, le chirurgien peut très bien la consulter dans ce cas.

M. Lenoir trouve qu'il y a dans ce Mémoire beaucoup de détails trop longs et inutiles ; il croit, en outre, que M. Guersant les a déjà exposés dans un journal. Il ne voudrait pas, s'il en était ainsi, que l'insertion eût lieu dans les Mémoires de la Société.

M. Morel-Lavallée a été frappé en écoutant la lecture de ce travail de généralités, dans lesquelles il n'est pas assez tenu compte de l'âge des sujets ; ensuite, il aurait désiré y trouver l'indication proportionnelle des divers accidents que l'on peut observer à la suite de la taille et de la lithotritie.

M. Debout regrette que M. Guersant n'ait pas assez tenu compte de la dilatabilité de l'urètre chez les jeunes filles pour l'appréciation de la lithotritie. Pour lui, il a eu l'occasion de voir un calcul de onze millimètres qui était sorti par ce canal chez une enfant de six ans.

Sur la proposition de M. le président, le travail de M. Guersant est renvoyé au comité de publication.

— M. Morel-Lavallée. Le malade que je présente à la Société est un exemple d'exostoses remarquables par leur multiplicité et par leur symétrie. Il y a encore d'autres difformités du squelette dues peut-être à la même aberration dans le développement du système osseux, et en tout cas, si je ne m'abuse, bien dignes de fixer votre attention.

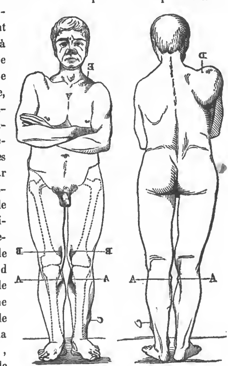
Ce sujet est un emballeur, du nom d'Antoine Leblanc, rue Grange-aux-Belles, 55. Il était entré dans mon service, à l'hôpital de la Charité, pour une contusion insignifiante du pied droit.

Aucun antécédent rachitique ou syphilitique héréditaire ou autre; il n'a d'ailleurs jamais connu que sa mère.

A l'âge de trois ans il tomba d'un premier étage sur un banc de pierre et prétend s'être démis, dans cette chute, le bras gauche, qui aurait été mal remis; renseignement démenti, au moins dans sa dernière partie, par l'examen de l'épaule, dont les surfaces articulaires offrent leurs rapports naturels.

A douze ans, sans cause connue, sans conditions défavorables d'habitation ou d'alimentation, etc., il se manifesta, sur divers points, des saillies osseuses, dont le développement ne s'accompagna ni de douleur, ni de rougeur, ni d'aucun autre symptôme d'inflammation superficielle ou profonde.

Quatre exostoses allongées sont situées, deux à deux, à chaque genou, dans une symétrie parfaite, ainsi que le retracent les deux figures qui les représentent vues par-devant et par derrière. Ces ostéophites sont, de chaque côté, dirigées verticalement : la tibiale A, A, qui prend naissance sur le condyle interne du tibia, — de haut en bas; la fémorale B, B, dont le point de départ est le condyle interne du fémur, — de bas en haut.



Placées dans l'axe du membre, et opposées base à base au niveau de l'article, elles se correspondent aussi exactement que si elles étaient entrées dans le plan régulier de l'organisation. Les tibiales descendent du genou comme des stalactites osseuses; les autres s'en élèvent comme des stalagmites. Elles se confondent à leur point d'origine avec l'os, dont elles ne se détachent jamais entièrement, figurant pour ainsi dire des traînées osseuses.

Dès qu'elles se dessinent, elles prennent, à la jambe, la forme cylindrique; à la cuisse, la forme laminée. Celles du tibia s'allongent en bas et se prononcent à la face interne de cet os dans un parallélisme complet, sur une bauteur de trois travers de doigt, en dépassant, par sa pointe mousse, de plus d'un doigt le niveau de la circonférence du membre. Celles du fémur se cachent en s'élevant dans les chairs qui le recouvrent. Rien de plus frappant que la symétrie de ces quatre ostéophytes; il ne lui manque, pour être absolue, qu'une entière égalité de hauteur des exostoses fémorales; celles du côté droit n'ayant que trois doigts de long, tandis qu'à gauche c'est le double; encore y a-t-il au tiers moyen de la face antérieure du fémur droit comme une exostose de compensation du volume d'une noix.

Diverses exostoses irrégulièrement disséminées se rencontrent en outre sur beaucoup de points. Une, C, sur le péroné gauche; une, E, dans la concavité de la courbure externe de la clavicule du même côté; une autre du volume d'une noix sur une côte, au bas de la région maxillaire droite. Les épines acromiales s'effilent en pointes de 2 ou 3 centimètres de long.

L'épaule droite offre une déformation singulière : l'angle spinal de l'omoplate semble, au premier abord, comme renflé en massue aux dépens de la hauteur de l'os. Mais il y a ici au moins un peu d'illusion. Si l'angle scapulaire est renflé, l'os entier n'est pas sensiblement raccourci, ainsi que le

démontre la mesure prise comparativement des deux côtés de l'extrémité de cet angle au bec de l'acromion.

Cet os, dont l'angle inférieur est élevé de trois doigts au-dessus de son niveau normal, est reçu dans une dépression profonde de la paroi costale. Et l'extrémité correspondante de la clavicule, se recourbant en haut, a suivi l'acromion dans son ascension. Cette courbure, D., est sensiblement proportionnée à l'élévation de l'omoplate. Il semblerait qu'arrêté en bas par la dépression costale qui le loge, cet os, dans son accroissement, n'a pu se développer que par en haut, et a forcé l'extrémité de la clavicule à s'accommoder à ce déplacement.

L'extrémité de la clavicule gauche est un peu courbée en avant (E).

La paroi costale du même côté est aussi déprimée en avant, au niveau et en dehors du sein, mais moins qu'en arrière.

Malgré des difformités si considérables, les membres supérieurs, comme les membres inférieurs, conservent toute l'étendue et toute la force de leurs mouvements.

L'épine est à l'état normal, sauf une légère exagération de la courbure antérieure de la région dorsale.

La peau et les parties molles voisines glissent sur les exostoses sans donner lieu à aucun phénomène particulier, excepté à la cuisse, où il se produit une sensation de froissement qui rappelle celle des kystes en bissac du poignet. Ce bruissement est dû sans doute au frottement de quelque cordon fibreux sur les ostéophytes laminées des condyles fémoraux.

Parmi les remarques que suscitent ces exostoses, les plus intéressantes se rapportent à nombre de ces ostéophytes, à la symétrie parfaite de plusieurs d'entre elles, à leur existence sur des os bien conformés, excepté pour les clavicules. Les exostoses tibiales sont analogues à certaines jetées osseuses du cal; et j'ai vu cette année même, à la clinique de M. le professeur Velpeau, une saillie osseuse sur un cal exubérant qui

offrait tout à fait cette similitude; situation, forme, etc., c'était presque l'identité.

Si les exostoses tibiales paraissent développées à l'insertion de la patte d'oie, les autres, et notamment celle qui est située sur le tiers inférieur de la face antérieure du fémur, sont indépendantes des attaches musculaires.

Comment la clavicule droite s'est-elle courbée en haut à son extrémité externe, plutôt que de s'élever en totalité pour suivre l'acromion dans son ascension? Est-ce parce que dans ses aberrations la nature s'éloigne le moins possible de son plan primitif? Ici, en effet, avec l'élévation totale de la clavicule il y eût eu plus de désordres, allongement et raccourcissement de muscles, de vaisseaux, de nerfs, etc., et protection moins efficace de l'artère sous-clavière par l'écartement de la clavicule des premières côtes. Mais si ces phénomènes de physiologie pathologique ont un grand intérêt, ils n'offrent pas moins de difficulté, et je n'essaierai pas davantage d'en pénétrer le mystère.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Séance du 31 *janvier* 1849.

Présidence de M. Cullerier.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— A l'occasion du procès-verbal, M. Chassaignac revient sur la lésion du rectum examinée comparativement dans la taille latéralisée et dans la taille bilatérale. Dans la première, on peut blesser le rectum de deux façons : 1° en abaissant trop le poignet et la lame de l'instrument au moment où l'on retire le lithotome ; 2° en se rapprochant trop de la ligne médiane et ne donnant pas assez de latéralité à l'incision de la prostate. La première cause de lésion du rectum se présente aussi bien dans la taille bilatérale que dans la taille latéralisée ; mais la seconde n'existe point pour la taille bi-

latérale; la disposition des deux lames du lithotome assure toujours à l'incision de la prostate une latéralité assez grande pour que le rectum ne soit pas touché si l'instrument est retiré bien horizontalement. En conséquence, on est moins exposé à blesser le rectum dans la taille bilatérale que dans la taille latéralisée.

M. Maisonneuve. Si, en effet, le rectum ne pouvait être blessé qu'au moment où on retire le lithotome, M. Chassaignac aurait raison; mais cette lésion peut avoir lieu aussi dans le premier temps de l'opération, l'incision du périnée: je l'ai bien constaté une fois sur un malade que j'opérais par cette méthode. En effet, il est important de ne pas couper en travers le bulbe de l'urètre; pour cela, on reporte l'instrument un peu en arrière, et l'on rencontre aisément le rectum. Dans la taille latéralisée, au contraire, on refoule le bulbe du côté opposé, le histouri a plus de place au-devant du rectum; la lésion de cet organe est, en conséquence, mieux évitée.

M. Robert. J'ai dit dans la dernière séance et je maintiens que les deux tailles dont on parle exposent autant l'une que l'autre, en les supposant bien faites, à la blessure du rectum. Dans la taille bilatérale, cette blessure serait en effet beaucoup plus fréquente, si l'on voulait absolument éviter le bulbe de l'urètre; pour moi, d'après les nombreuses dissections que j'ai faites consécutivement à cette opération sur le cadavre, je regarde la section du bulbe, au moins chez les adultes, comme une conséquence forcée de la méthode. Ce n'est donc pas en cherchant à l'éviter que je craindrais le rectum; ce qui expose en réalité à cette lésion, c'est l'obligation où l'on se trouve d'ouvrir l'intestin sur la ligne médiane. Je crois l'avoir blessé de cette façon dans un cas où les urines sont sorties par l'anus au bout d'un mois seulement, parce que sans doute la tunique musculaire seule avait été touchée; la muqueuse, d'abord restée saine, s'est ulcérée consécutivement. Quant aux deux explications données par

M. Chassaignac, j'admets la première, mais non la seconde. En effet, le lithotome simple se manie très commodément; on peut même le retirer suivant une direction transversale, ce qui évite beaucoup mieux le rectum, et est tout à fait impossible avec le lithotome double. Je me rappelle très bien que, dans la première opération bilatérale de Dupuytren, le rectum était énormément dilaté; ce fut avec beaucoup de peine que Dupuytren put éviter de le blesser; avec le lithotome simple, il n'eût certainement pas rencontré la même difficulté, parce qu'il eût pu diriger la lame tout à fait transversalement.

M. Chassaignac. Je soutiens, contrairement à l'opinion de M. Robert, que, dans la taille bilatérale, le prolongement, que j'appelle *caudal*, du bulbe de l'urètre peut très bien être détaché, et que sa lésion est évitée assez facilement. Je dis, en outre, pour la taille latéralisée, qu'en effet l'incision transversale de la prostate met à l'abri de la lésion du rectum par un des mécanismes que j'ai indiqués; mais, en faisant cette incision transversale, vous changez le caractère de la taille latéralisée, qui veut une section oblique de la prostate; si vous restez dans cette condition nécessaire pour obtenir une ouverture assez grande, alors il y a danger réel de blesser le rectum, comme je l'ai dit précédemment.

M. Maisonneuve. Il reste un point incontestable pour la taille bilatérale, c'est qu'il est très difficile d'éviter à la fois le bulbe et le rectum. M. Robert croit que le bulbe est inévitable; non, mais seulement il y a là une grande difficulté. Pour moi, je regarde cette blessure comme très dangereuse, et je crains beaucoup moins celle du rectum.

M. Guersant. Je pense, comme M. Chassaignac, que le lithotome double expose moins à la blessure du rectum que le lithotome simple; cependant je l'ai blessé dans un cas avec cet instrument, et dans un autre avec le bistouri. Quant au bulbe, il peut être évité chez l'enfant, et, en tout cas, sa lésion n'a rien de grave à cet âge.

M. Vidal s'étonne qu'on parle de lésion du rectum dans le premier temps de la taille bilatérale ; car il a assisté à presque toutes les opérations de Dupuytren, et jamais il n'a vu cette lésion. Quant au lithotome double, on doit faire attention qu'il y en a deux : l'un dont les lames sont tout à fait transversales, et un autre dont les lames coupent obliquement. Le premier expose moins que l'autre à l'accident dont il s'agit.

M. Robert. Dupuytren n'a jamais voulu faire une taille bitransversale ; il a, au contraire, demandé longtemps aux fabricants un lithotome double dont les lames fissent une section oblique de chaque côté.

M. Huguier. Tout le monde n'a pas bien compris l'opinion de Boyer sur ce sujet ; il combinait la section extérieure et celle de la prostate de telle façon que l'ensemble de l'incision figurait un K ; il laissait rentrer la lame du lithotome dans la gaîne sitôt que la prostate était incisée : c'est ainsi qu'il évitait la lésion du rectum.

M. Marjolin demande que le volume terminé des mémoires soit envoyé gratuitement aux membres correspondants qui ont un travail inséré dans ce volume. Cette proposition, appuyée par M. Gosselin, est adoptée. L'envoi du volume sera fait à MM. Goyraud (d'Aix), Debrou (d'Orléans), Letenneur (de Challans), et Jules Roux (de Toulon).

— M. Chassaignac rend compte à la Société du fait suivant. Un malade avait depuis vingt-deux ans des irritations et des ulcérations sur la langue ; elles disparaissaient de temps en temps, pour se reproduire bientôt après. Depuis trois mois une induration considérable s'était manifestée, et la maladie avait pris l'apparence d'un cancer. Après avoir consulté plusieurs personnes, et avoir conseillé au malade un traitement antisyphilitique qui avait été inutile, l'amputation fut décidée. Pour éviter l'hémorrhagie, M. Chassaignac plaça d'abord au moyen de son aiguille, dont le chas est muni d'un œil de perdrix, deux ligatures, l'une transversale, l'autre horizontale. Il

a fait ensuite la section, dont la figure représentait un Z. Néanmoins il y eut une rétraction partielle sous forme de godet, en arrière du fil, et une hémorrhagie qui fut arrêtée par l'application d'un morceau de glace porté avec une pince de Museux.

M. Robert se demande si, d'après cette lente évolution de la maladie, on n'aurait pas eu affaire dans ce cas à une tumeur épithéliale. Le pronostic n'en serait que plus avantageux pour le malade.

M. Lenoir. Il est extrêmement difficile de distinguer ces tumeurs épithéliales des tumeurs vraiment cancéreuses. J'ai observé les symptômes suivants sur un malade auquel j'ai enlevé il y a deux ans un de ces cancers épithéliaux de la laugue. On voyait à la surface de l'organe un enfoncement, une sorte de cavité cystique. La surface était blanchâtre, et ressemblait à un peloton de fil dont on enlevait aisémcnt quelques lambeaux. J'en ai observé un autre exemple, non plus sur la langue, mais sur la paroi inférieure de la bouche. Les deux malades sont morts. Un caractère important de ces tumeurs est de repulluler sur place, et sans que la maladie se généralise.

M. Chassaignac. Sur cc maladc et en général dans les faits dc ce genre, la nécessité de donner un traitement mercuriel est une chose fâcheuse; car, cn irritant la muqueuse buccale, le mercure stimule l'affection cancéreuse.

M. Cullerier. Le danger dont parle M. Chassaignac n'existe pas; car ccs accidents syphilitiques, qui revêtent des caractères semblables à ceux du cancer, sont des accidents tertiaires, et qui doivent être combattus par l'iodure de potassium. Les symptômes secondaires réclameraicnt un traitement mercuriel; mais ils ne peuvent guère simuler des affections cancéreuses.

M. Robert apprécie l'opinion de M. Cullerier, et cite quatre observations dans lesquelles des indurations de la langue regardées comme cancéreuses ont été parfaitement guéries par l'emploi de l'iodure de potassium.

M. Chassaignac accepte volontiers l'opinion de M. Cullerier. Il fait observer cependant que le traitement mercuriel associé, il est vrai, à l'iodure de potassium avait été conseillé par M. Ricord.

M. Cullerier. Je n'ai avancé qu'une opinion générale. Dans certains cas rebelles, on se trouve bien en effet de combiner le mercure et l'iodure de potassium; mais j'avoue que, pour les affections douteuses de la langue, le mercure me paraît devoir être rejeté à cause des accidents qu'il peut déterminer sur la bouche.

M. Maisonneuve a vu un grand nombre d'affections cancéreuses et d'affections syphilitiques de la langue. Il insiste sur ce point, dont il a déjà entretenu la Société, que l'on ne doit pas craindre, dans le cas où l'affection est rebelle, d'augmenter la dose de l'iodure de potassium et de la porter à 3, 4 et 5 grammes. A cette condition, on voit guérir des maladies syphilitiques de la langue qui avaient résisté à des doses moindres et à beaucoup d'autres traitements.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Séance du 7 février 1849.

Présidence de M. Cullerier.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— A l'occasion du procès-verbal, MM. Lenoir et Michon font observer que M. Huguier n'a pas rendu exactement compte de l'intention de Boyer dans le procédé de taille latéralisée qu'il avait imaginé. C'était pour éviter le rectum que Boyer retirait le lithotome horizontalement; et c'était pour éviter l'artère honteuse interne qu'il le fermait avant de l'amener au dehors, et lorsque la prostate était incisée.

— M. Chassaignac. M. Maisonneuve a dit, dans la dernière séance, qu'on pouvait guérir, avec 3, 4 et 5 grammes d'iodure de potassium, des maladies syphilitiques qui avaient ré-

sisté à des doses moins élevées. Cependant, je lis dans la thèse de M. Maisonneuve, sur les tumeurs de la langue, qu'il n'est jamais nécessaire de porter cette dose au delà de 2 grammes.

M. Maisonneuve. Depuis la publication de ma thèse, j'ai observé deux faits qui m'ont confirmé dans l'opinion que j'ai exprimée dans la dernière séance. Il ne s'agit pas, il est vrai, de maladie de la langue ; il s'agit d'une tumeur du testicule et d'une tumeur de l'utérus, qui, après avoir résisté à 1 et 2 grammes d'iodure de potassium par jour, ont guéri par l'administration à 4 grammes.

M. Vidal. Il y a, pour le traitement des maladies syphilitiques, un fait général, c'est que celles de ces maladies que j'appelle *tardives* peuvent être guéries par de fortes doses après avoir résisté à de petites doses. Ce fait général n'est pas d'invention moderne; il existe dans la science depuis longtemps. Pour moi, j'emploie l'iodure de potassium, ou comme tonique, ou comme antisyphilitique. Comme tonique, je ne dépasse pas la dose de 1 gramme; comme antisyphilitique, je n'en donne pas moins de 2, et je ne vais pas au de là de six grammes. J'ai obtenu, au moyen de cette dernière dose, en vingt-deux jours, la guérison d'une ulcération du nez avec perforation des os, et j'ai vu disparaître en treize jours une tumeur blanche syphilitique du coude, et une tumeur gommeuse du sourcil, chez un malade qui avait été soumis inutilement à des doses moins élevées.

— M. Monod lit une observation d'extirpation de cancer de la glande parotide. L'auteur fait remarquer la facilité avec laquelle l'opération a pu être achevée, en prenant le soin de disséquer la tumeur de bas en haut. L'artère carotide externe n'a pas été coupée. M. Monod croit qu'elle est rarement intéressée, et qu'en conséquence il n'est pas nécessaire de lier préalablement l'artère carotide primitive. Enfin, M. Monod appelle l'attention sur une douleur assez vive qu'éprouva le malade au moment où il commença à mâcher. Cette douleur

est due, sans doute, à ce que les muscles masséter et ptérygoïdien interne avaient été blessés pendant l'opération.

M. Lenoir. Il est dit dans l'observation que la partie supérieure de la glande n'a pas été enlevée. Pourquoi l'a-t-on laissée en place?

M. Monod. C'est parce qu'elle n'était pas malade, et que je n'ai vu aucun inconvénient à la laisser.

M. Nélaton. La douleur dont a parlé M. Monod peut s'expliquer, en effet, par la lésion des muscles ; mais on pourrait l'attribuer aussi à une autre cause. Le canal de Sténon a été coupé. Peut-être la portion restante de la glande, ne pouvant se débarrasser de la salive qu'elle fournit au moment de la mastication, devient-elle le siége de ces douleurs.

M. Huguier. En présence de la facilité avec laquelle cette tumeur a pu être enlevée, on doit se demander si c'était bien un squirrhe de la parotide. Ne serait-ce point un ganglion qui aurait refoulé et atrophié la glande ?

M. Chassaignac. Cette opinion ne peut être admise avec les détails donnés par M. Monod ; car on a vu à nu tous les os, tous les muscles qui limitent l'excavation parotidienne, ce qui n'aurait point eu lieu si la parotide elle-même était restée en place. Ce qui me surprend davantage, c'est que la carotide externe n'ait pas été ouverte. La chose me paraît impossible anatomiquement, puisque l'artère est entourée de tous côtés par la glande.

M. Nélaton. Au moment où M. A. Bérard eut à faire une thèse sur les tumeurs de l'excavation parotidienne, il me pria de faire quelques dissections : je constatai alors que tantôt l'artère était enveloppée de tous côtés ; tantôt, au contraire, elle était en rapport seulement avec une gouttière de la glande, d'où il était possible de l'énucléer assez facilement. Je sais d'ailleurs que M. Denonvilliers s'est occupé dernièrement de cette disposition, et qu'il a constaté souvent un résultat semblable.

M. Gosselin. Non-seulement les deux dispositions dont il

s'agit existent, mais la seconde, celle dans laquelle l'artère est entourée d'une gouttière de la glande, est certainement la plus fréquente. Ce qui a souvent induit en erreur, c'est que les deux bords de la gouttière se trouvent parfois réunis au côté interne de la glande par du tissu cellulaire qui donne l'apparence d'un canal complet, mais qui n'empêche pas de faire sortir la glande sans toucher à l'artère. Je sais du reste que M. Denonvilliers, qui m'a fait connaître ces détails, se propose de les communiquer à la Société.

M. Monod. Je crois que la rétraction des tissus malades a pour effet de dégager encore davantage l'artère carotide externe. Ce qui d'ailleurs ne doit laisser aucun doute pour le siége du mal dans la glande parotide, c'est que le nerf facial était paralysé, et qu'on a dû le couper pendant l'opération.

M. Maisonneuve raconte l'histoire d'un malade qui avait reçu deux coups de sabre sur la tête, l'un au front, l'autre sur la bosse pariétale droite; plusieurs esquilles furent enlevées, et la dure-mère fut mise à nu; le malade a eu une paralysie du côté gauche, où il conserve encore de l'engourdissement; à part cela, il s'est bien rétabli.

— M. Maisonneuve rend compte en outre d'une opération d'anus artificiel dans la région lombaire qu'il a pratiquée ces jours derniers à un nouveau-né. Cet enfant, âgé de quatre jours, est venu à sept mois; l'orifice anal existe, mais il forme un cul-de-sac, au fond duquel M. Maisonneuve n'a senti aucune tension, aucune saillie qui ait pu faire croire à la présence du rectum. Il a cependant fait une incision et une ponction; mais cette tentative ne l'ayant conduit à rien, il s'est immédiatement décidé à pratiquer l'opération de Callisen. L'incision a été faite transversalement, suivant le précepte de M. Amussat. Elle a conduit sur le rein, qui remplissait toute la région lombaire et descendait jusque dans la fosse iliaque. M. Maisonneuve fut obligé de chercher au côté externe de l'organe, où il trouva un cordon à peine gros comme un tuyau de plume; une ouverture faite à ce cordon

laissa sortir du gaz et du méconium ; il n'y eut plus de doute alors que c'était bien le colon descendant, et les deux bords de l'incision faite à l'intestin furent réunis à la plaie extérieure au moyen de points de suture. Voilà quatre jours que l'opération a été faite, et l'enfant va bien. M. Maisonneuve cite ce fait comme remarquable sous deux rapports, savoir : par l'étroitesse du colon descendant et par la difficulté de le rencontrer et d'éviter la blessure du rein.

M. Chassaignac. L'exiguïté du colon descendant n'a rien d'extraordinaire, car le gros intestin représente un infundibulum décroissant de haut en bas ; d'un autre côté, n'eût-il pas été possible d'introduire une sonde par l'ouverture et de s'en servir ensuite pour aller à la recherche du rectum par le périnée ?

M. Nélaton. Dans les imperforations de l'anus, le colon est habituellement dilaté ; mais quelquefois, au contraire, il est rétréci ; dans certains cas, il est étroit, mais se termine par une ampoule assez volumineuse, comme l'a indiqué M. Bouisson. Quant aux tentatives d'introduction de sonde, M. Nélaton rappelle qu'elles ont été faites plusieurs fois et qu'elles ont toujours échoué. La Société a eu déjà l'occasion de s'entretenir plusieurs fois de cet objet.

M. Guersant. Dans les faits de ce genre, on ne doit pas se hâter d'opérer par la région lombaire, parce que le plus souvent on rencontre le rectum par le périnée. J'ai opéré six fois de ce côté ; j'ai toujours rencontré le rectum plus ou moins profondément, et trois des malades vivent encore.

La séance est levée à cinq heures.

Séance du 14 *février* 1849.

Présidence de M. Cullerier.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— A l'occasion du procès-verbal, M. Huguier revient sur l'extirpation de la parotide, dont M. Monod a entretenu la

Société dans la dernière séance. Je conserve encore des doutes, dit M. Huguier, sur la réalité de cette extirpation. La facilité avec laquelle la tumeur a pu être isolée, sa forme globuleuse, me font penser qu'il s'agissait là d'un ganglion et non pas d'un cancer de la parotide. On a objecté, il est vrai, qu'après l'ablation, on avait vu tout à nu dans la région parotidienne; mais il est une disposition anatomique dont on ne tient pas compte, et qui n'est pas assez connue, c'est qu'il existe dans cette région trois espèces de ganglions, savoir :

1° Des ganglions superficiels sous-cutanés :

2° Des ganglions un peu plus profonds, qui se trouvent entre les granulations superficielles de la glande parotide ;

3° Des ganglions profonds en rapport avec la partie interne de la glande, et qui reçoivent les vaisseaux lymphatiques du voile du palais et de ses piliers. Ces derniers vaisseaux lymphatiques n'ont point été mentionnés; je les ai vus en faisant des préparations sur les vaisseaux lymphatiques de la tête; ils se trouvent, non pas dans l'épaisseur de la glande, mais entre elle et le bouquet de Riolan. Or, s'ils devenaient malades, et qu'on en pratiquât l'extirpation, on verrait à nu tous les éléments de la région, comme s'il s'agissait de la parotide elle-même. Je regrette que M. Monod ne nous ait pas fait savoir si le voile du palais était malade ou non. D'ailleurs, on a dit qu'il était resté vers la partie supérieure une portion glanduleuse; c'était probablement la parotide qui avait été refoulée par les ganglions tuméfiés.

M. Nélaton. Je ne connaissais pas les ganglions profonds dont vient de parler M. Huguier; mais pour accepter son opinion, il y a toujours une difficulté, c'est de savoir ce qu'était devenue la parotide. On aurait dû la trouver aplatie sous la peau; elle n'a été rencontrée nulle part; et les granulations qui sont restées vers la partie supérieure étaient beaucoup trop petites et trop peu nombreuses pour qu'on puisse les regarder comme formant la glande entière, même refoulée et aplatie. Je comprends les doutes de ceux qui n'ont point as-

sisté à l'opération ; mais ceux qui, comme moi, en ont été témoins n'ont pu conserver aucun doute sur l'ablation de la parotide.

M. Lenoir. J'ai fait aussi la préparation des vaisseaux lymphatiques de la tête, et je n'ai pas trouvé les ganglions profonds dont a parlé M. Huguier. J'ai vu les planches que M. Bonmy publie en ce moment; cet anatomiste n'a pas non plus rencontré ces ganglions.

M. Huguier. C'est qu'en effet ces ganglions sont difficiles à démontrer; on n'y parvient qu'en injectant les vaisseaux lymphatiques de la gorge ; or, on les manque souvent ; il faut y revenir à plusieurs reprises. Pour moi, je suis certain de les avoir vus.

M. Monod. Je répondrai d'abord à M. Huguier que la gorge avait été examinée et qu'elle ne présentait certainement aucune altération ; il est en outre un fait important dont j'ai parlé, c'est la paralysie du nerf facial ; avant l'opération , les muscles, animés par la branche inférieure de ce nerf, étaient tous paralysés ; après l'opération , ceux de la branche supérieure l'étaient aussi; dans l'épaisseur de la tumeur, on a trouvé même un morceau du nerf facial. Quant à la facilité de l'opération, je dois dire qu'elle a été relative ; je m'attendais à une dissection très pénible ; elle l'a été moins que je ne le croyais ; mais cependant ce n'est pas sans peine et sans fatigue que l'opération a pu être terminée.

— M. Denonvilliers fait voir l'articulation huméro-cubitale d'un malade auquel il a pratiqué l'amputation du bras. Ce malade avait eu une fracture de l'olécrane avec plaie ; consécutivement, l'articulation s'était enflammée et avait suppuré. On voit sur la pièce plusieurs foyers purulents qui communiquaient avec la cavité articulaire ; mais le fait le plus important, c'est que le foyer de la fracture était séparé du reste de la jointure par une cloison pseudo-membraneuse solide étendue de la partie antérieure du crochet olécranien à la cavité olécranienne de l'humérus.

— M. MAISONNEUVE. L'enfant dont j'ai parlé dans la dernière séance n'est point mort ; il s'est présenté une circonstance particulière : c'est que le rein s'est engagé dans la plaie, et présente un tiers de son étendue à la surface de la plaie.

M. GUERSANT revient sur ce qu'il a dit dans la dernière séance à l'occasion des anus contre nature. Il a trouvé six fois le rectum en opérant par le périnée. Dans deux autres cas, il n'est point arrivé à l'intestin ; mais comme dans l'un d'eux, le seul dont l'autopsie ait été faite, il a trouvé le rectum descendant jusqu'à la base du sacrum, c'est un fait de plus à ajouter aux six qui l'ont engagé à poser le précepte qu'il faut chercher toujours et longtemps par le périnée.

— M. HUGUIER présente un kyste de la mamelle enlevé dernièrement à une jeune femme accouchée il y a quatre ans et qui avait essayé inutilement de nourrir. Ce kyste renferme une matière semblable à du beurre et à du lait coagulé ; au microscope, on a trouvé des globules de lait et des globules de colostrum. C'est donc un exemple de kyste laiteux.

M. GIRALDÈS fait observer que ces kystes ont été décrits avec beaucoup de soin par Brodie, qui les a regardés comme formés par la distension des canaux galactophores à la suite de l'accouchement. Brodie a même dit que ces kystes s'enflammaient quelquefois et que leur fond pouvait donner naissance à des bourgeons fongueux capables de faire croire à un cancer.

— La séance est levée à cinq heures.

Séance du 21 *février* 1849.

Présidence de M. CULLERIER.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. LE SECRÉTAIRE donne lecture d'une lettre par laquelle M. Sappey fait savoir qu'il a injecté les vaisseaux lymphatiques du voile du palais et de la base de la langue, et que ces

vaisseaux se rendent à des ganglions situés dans l'espace compris entre la glande parotide, l'apophyse styloïde et les muscles qui en partent. M. Sappey offre de montrer à la Société les pièces qui justifient cette assertion.

— M. Morel-Lavallée. J'ai eu l'occasion de voir ces jours derniers une orchite parenchymateuse sur un étudiant en médecine âgé de dix-neuf ans. Cette orchite était blennorrhagique; elle donnait lieu à une tumeur volumineuse, dont la plus grande partie était formée par le testicule lui-même. Les douleurs étaient excessivement violentes et avaient résisté aux sangsues et aux moyens ordinaires. J'ai fait sur le testicule un débridement d'une étendue correspondant à une largeur et demie de la lancette; il ne s'est pas écoulé de sérosité, ce qui m'a bien démontré encore que la plus grande partie de la tumeur était formée par le testicule lui-même. Immédiatement après l'opération, les douleurs ont été supprimées et n'ont pas reparu.

L'absence de sérosité dans la tunique vaginale me fournit l'occasion de dire à la Société que j'ai fait dernièrement la ponction du scrotum peu de jours après l'opération de l'hydrocèle; j'ai été étonné de la petite quantité de sérosité qui est sortie, et je suis disposé à penser que souvent à la suite de cette opération le gonflement est dû surtout à l'infiltration des couches extérieures du scrotum.

M. Chassaignac. Une autopsie serait nécessaire pour démontrer la dernière assertion que vient d'émettre M. Morel-Lavallée; car, s'il y a peu de liquide dans la tunique vaginale, elle peut renfermer une certaine quantité de lymphe plastique, dont la présence contribue pour beaucoup au gonflement.

M. Morel-Lavallée. Après l'évacuation du liquide, j'ai introduit un stylet, et je me suis assuré qu'on le promenait librement dans la cavité; cela n'aurait sans doute pas eu lieu si la tunique vaginale avait renfermé une quantité notable de lymphe plastique.

M. Vidal. J'appelle l'attention sur l'âge du malade observé par M. Morel, car j'ai établi que l'orchite parenchymateuse se montrait particulièrement sur les jeunes sujets de dix-huit à vingt cinq ans.

M. Robert. J'ai fait plusieurs fois la ponction du scrotum quelques jours après l'opération de l'hydrocèle par injection, ainsi que l'avait conseillé Lisfranc; dans tous les cas, j'ai trouvé une grande quantité de liquide; sans doute il survient une inflammation dans les couches extérieures à la tunique vaginale, tout le monde a pu l'observer; mais les phénomènes inflammatoires intra-vaginaux sont toujours prédominants.

M. Marjolin. Je crois que la ponction du testicule dans l'orchite parenchymateuse peut avoir des dangers, et qu'en conséquence tous les faits doivent être soigneusement recueillis; c'est pourquoi je demande que l'observation de M. Morel soit renvoyée au comité de publication.

M. Maisonneuve. J'ai pratiqué dernièrement l'opération de l'hydrocèle par incision, et j'ai insufflé de l'amidon dans la tunique vaginale; il est survenu un gonflement considérable, et j'ai pu constater, au moyen de l'incision, que la plus grande partie de ce gonflement occupait, comme dans le fait de M. Morel-Lavallée, les couches extérieures.

M. Chassaignac. Je ne m'étonne pas qu'il en ait été ainsi dans le fait dont vient de parler M. Maisonneuve; car il a fait une incision à la tunique vaginale qui a pu facilement revenir sur elle-même, et qui, se trouvant réduite à de très petites dimensions, ne s'est pas laissé distendre consécutivement autant qu'ont pu le faire les autres enveloppes.

M. Morel-Lavallée. En parlant du fait qui est actuellement en discussion, je n'ai pas prétendu dire que dans tous les cas l'inflammation intra-vaginale contribuât moins au gonflement que l'inflammation extra-vaginale. J'ai voulu établir seulement que dans certains cas il en était ainsi, et qu'une tumeur présentant la forme du testicule peut être constituée par le gonflement des couches extérieures, et non

par le testicule lui-même, ainsi qu'on pourrait être porté à le penser. Personne n'a dit, par exemple, qu'à la suite de l'hydrocèle opérée par injection, il pouvait y avoir deux pouces d'épaisseur entre la peau et la tunique vaginale; c'est ce qui avait lieu dans une de mes observations, dans laquelle l'inflammation s'était terminée par suppuration.

M. Chassaignac. Ce dernier fait est exceptionnel; car du moment où il se forme du pus, on conçoit le gonflement considérable de toutes les enveloppes du scrotum; mais il s'agit de savoir si dans les cas d'inflammation non suppurative, le travail de phlegmasie extérieure à la tunique vaginale donne plus de gonflement que le travail de phlegmasie intérieure.

M. Gosselin. J'admettrais volontiers l'exactitude de ce fait avancé par M. Morel, savoir : que la tumeur formée par les couches extérieures peut en imposer et être prise pour une tumeur appartenant au testicule et à la tunique vaginale. Cependant deux objections se présentent à moi : d'abord il est habituellement assez facile de distinguer la tuméfaction produite par l'infiltration et l'œdème du scrotum; on trouve le plus souvent un empâtement caractéristique. Ensuite, je me demande si M. Morel a pu s'assurer que la surface interne de la tunique vaginale n'était pas doublée de couches pseudo-membraneuses qui, en augmentant l'épaisseur de cette tunique, pourraient diminuer d'autant les dimensions de la cavité. Ces couches pseudo-membraneuses ne peuvent-elles pas se déposer ici comme après l'inflammation de toutes les séreuses, et comment aurait-on distingué la part qu'elles auraient prise à la tuméfaction?

M. Morel-Lavallée. Je réponds à M. Gosselin que dans les cas où le scrotum est très tendu, il est fort difficile de sentir l'empâtement et de reconnaître la tuméfaction appartenant aux couches extérieures. D'un autre côté, si des fausses membranes avaient existé, sans doute elles auraient établi des adhérences au moins filamenteuses entre le testicule et le feuillet pariétal de la tunique vaginale. Or je répète que le

stylet a pu parcourir très librement toute la cavité. Enfin c'est en écartant les deux lèvres de la plaie qu'il m'a été possible d'apprécier l'augmentation d'épaisseur.

La séance est levée à cinq heures.

Séance du 28 février 1849.

Présidence de M. Cullerier.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

A l'occasion du procès-verbal, M. Vidal (de Cassis) interpelle M. Marjolin sur les dangers qu'il attribue à la ponction du testicule dans l'orchite parenchymateuse. M. Vidal demande surtout que l'on cite les faits sur lesquels on s'appuie pour prononcer que ce mode de traitement est dangereux.

M. Marjolin. Je connais les deux faits dont la Société s'est déjà entretenue à diverses reprises, celui de M. Deguise et celui de M. Robert. Dans tous deux, si j'ai bonne mémoire, le testicule a été perdu à la suite de la ponction. A l'hôpital Saint-Antoine, j'ai vu un malade qui sortait de la Pitié, où il avait été traité d'une autre orchite par la ponction. J'ai employé pour la nouvelle inflammation le traitement ordinaire, qui a réussi aussi promptement. Pour moi, d'ailleurs, je n'ai pas encore vu d'orchite parenchymateuse; je n'ai rencontré que des épididymites et des vaginalites. Mon père, dont j'ai consulté l'opinion à ce sujet, n'a vu aussi qu'un très petit nombre d'orchites parenchymateuses, et il est d'avis que la méthode par la ponction peut avoir des dangers. Je ne comprends donc pas comment M. Vidal a pu être conduit à pratiquer maintes et maintes fois l'opération dont il s'agit.

M. Vidal (de Cassis). Il y a ici deux questions, une question d'abus et une question de danger. Pour la première, je suis convenu déjà qu'en effet il m'était arrivé de débrider pour de simples épididymites; mais il n'en est résulté aucun inconvénient. Quant à la question de danger, je laisserai de

côté l'autorité de M. Marjolin père, et je m'en tiendrai seulement aux deux faits cités; celui de M. Deguise est connu, c'était un cas particulier et tout exceptionnel. Celui de M. Robert n'a pas eu de suites fâcheuses; le testicule n'a point été perdu ni compromis. Ces deux faits, d'ailleurs, n'ont pas empêché divers chirurgiens d'adopter la méthode, et je tiens à constater que M. Marjolin n'en a pas d'autres à invoquer.

M. Robert. Pendant au moins vingt années, je n'ai observé aucune orchite qui ait entraîné la suppuration ou la perte du testicule. Deux fois, depuis cette époque, j'ai constaté l'atrophie de l'organe dans des cas où la douleur avait été extrêmement vive. Plus récemment j'ai observé à la suite d'une contusion violente des douleurs intenses qui m'ont paru être causées par l'étranglement du testicule; j'ai fait la ponction; la substance séminifère est sortie entre les deux lèvres de la plaies, et une portion très petite s'est mortifiée; il n'y a eu qu'une diminution légère du volume de l'organe. Deux autres fois j'ai fait la ponction pour des orchites parenchymateuses, et les malades ont été soulagés très vite. Ces trois faits m'ont donc confirmé dans l'idée qu'en effet, dans certaines orchites parenchymateuses, les douleurs étaient causées par un étranglement.

M. Giraldès. Je voudrais savoir si, dans les deux derniers faits que vient de citer M. Robert, il est sûr que le testicule ait été touché réellement; voici pourquoi je fais cette question. L'année dernière je fus appelé pour un officier de la garde mobile qui avait été pris, pendant le cours d'une orchite, de douleurs extrêmement intenses et de vomissements. J'ai fait une ponction; je suis certain que le testicule n'a pas été touché, et cependant immédiatement après l'écoulement de la sérosité les douleurs ont disparu.

M. Maisonneuve. Dans un cas d'orchite très douloureuse, après l'emploi inutile de trois saignées et de quarante sangsues, j'ai fait à la tunique vaginale une incision de trois centimètres; j'ai bien constaté que le testicule était volumineux;

je l'ai incisé à son tour, et le malade était soulagé deux heures après.

M. Chassaignac. Certains accidents nerveux donnent lieu à des symptômes analogues à ceux de l'étranglement du testicule. Peut-être la névralgie du testicule pourrait-elle être guérie par la ponction.

— M. Cullerier. Je rappelle à la Société ce fait dont je l'ai déjà entretenue, dans lequel les saignées, les bains, les narcotiques avaient échoué. Les accidents étaient sérieux; la ponction du testicule les a fait cesser au bout de deux heures. Je crois donc que cette méthode peut être très bonne comme sédative dans certains cas. Quant au fait de M. Giraldès, il confirme ce que nous voyons assez souvent, savoir, le soulagement produit par une incision de la tunique vaginale; mais, dans l'orchite parenchymateuse, cette incision serait insuffisante.

M. Nélaton. Il y a, pour le traitement de l'orchite, deux méthodes, l'ancienne et la nouvelle, ou le débridement. Ces deux méthodes ne sont pas rivales l'une de l'autre; chacune d'elles a son utilité. Pour moi, je n'ai pas encore eu l'occasion d'employer le débridement; mais je crois qu'il faut y recourir seulement dans les cas où l'ancienne méthode aurait échoué.

M. Vidal. La réponse de M. Robert est toute favorable à la ponction du testicule; je n'ai donc rien à lui objecter. M. Giraldès a suivi, dans le fait dont il nous a parlé, la pratique de M. Velpeau; mais il aurait tort d'en conclure que l'incision de la tunique vaginale suffit toujours pour abattre la douleur. J'ai vu, pour mon compte, à la suite d'une vaginalite, l'orchite parenchymateuse survenir; la tunique vaginale avait d'abord été ouverte; il a fallu, plus tard, inciser à son tour la tunique albuginée. Maintenant, par quel mécanisme agit la ponction? Je croirais volontiers, avec M. Chassaignac, que souvent elle s'adresse à des douleurs purement nerveuses; car j'ai débridé le testicule dans certains cas où il n'y avait qu'épididymite, et j'ai supprimé les douleurs. J'ai

obtenu le même résultat dans des orchites chroniques qui ne devenaient douloureuses que de temps à autre. Maintenant, faut-il recourir d'emblée au débridement? C'est mon avis, et je m'appuie sur les faits dont j'ai été témoin ; mais je comprends que M. Nélaton ne s'y décide qu'après l'emploi des autres moyens. On peut d'ailleurs être rassuré sur les fonctions des testicules; car je connais déjà cinq individus qui ont été ponctionnés des deux côtés, et qui sont revenus, plus tard, avec des maladies vénériennes contractées après les opérations.

— M. Chassaignac rend compte d'une observation d'anévrisme poplité qu'il a opéré ces jours derniers. Il s'est occupé de chercher si, dans ce cas, les battements pouvaient être confondus avec ceux de l'anévrisme variqueux, ainsi qu'on l'avait prétendu dans une récente discussion. Or, il s'est assuré que le bruit de souffle occupait exclusivement le jarret et ne se prolongeait pas longitudinalement sur le trajet des veines, comme cela a lieu dans l'anévrisme variqueux. En outre, une hémorrhagie est survenue le soir par la plaie de la ligature qui avait été faite au triangle de Scarpa. M. Chassaignac pense que cette hémorrhagie a été fournie par une artériole voisine du couturier, et que peut-être la congestion ou l'arrivée d'une plus grande quantité de sang dans ce petit vaisseau a été le résultat de l'interception de la circulation dans le tronc principal.

M. Nélaton. Au signe différentiel donné par M. Chassaignac, il faut ajouter que, dans l'anévrisme variqueux, le bruit est continu ; dans l'anévrisme ordinaire, il est intermittent.

— M. Musset, interne à l'hôpital de la Charité, lit une observation de fracture du fémur causée par une altération organique de l'os chez une malade cancéreuse. Cette observation est renvoyée à une commission composée de MM. Morel, Giraldès, Gosselin.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Séance du 7 mars 1849.

Présidence de M. Cullerier.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. Chassaignac. Dans la dernière séance, on a dit que la prolongation longitudinale du bruit de souffle sur les veines et loin de la tumeur dans les cas d'anévrismes variqueux était connue et mentionnée depuis longtemps; je n'ai rien trouvé sur ce sujet dans les auteurs que j'ai pu consulter; je désire donc que l'on veuille bien faire connaître les auteurs qui ont parlé avant moi de cette particularité des anévrismes variqueux; j'entends parler, non pas du bruissement perçu avec les doigts, mais bien d'un bruit comparable à un bruit de remous, à celui que fait la roue d'un moulin, et que l'on entend avec l'oreille appliquée sur les veines à une grande distance de l'anévrisme, sur l'extrémité du membre, par exemple, quand l'anévrisme est au pli du coude.

M. Nélaton. M. Chassaignac a raison d'établir une distinction entre la sensation perçue par l'oreille et la sensation perçue par les doigts. Quant à la première, je crois, sans en être bien sûr, qu'elle a été indiquée par Scarpa, et en tout cas il en est fait mention dans la thèse de M. Morvan.

M. Michon. Je ne citerais pas spécialement un auteur qui ait parlé de ce phénomène, mais je suis bien certain que Dupuytren nous l'enseignait. Je sais donc par tradition que dans l'anévrisme variqueux on entend le bruit sur les veines assez loin de la tumeur, et, toutes les fois qu'il s'est présenté à moi un anévrisme de ce genre, je n'ai pas manqué d'appliquer l'oreille au loin et de faire remarquer aux élèves le bruit qui s'entendait.

M. Maisonneuve. Je suis certain, de mon côté, d'avoir appris cette particularité en commençant la chirurgie.

— M. H. Larrey lit un travail relatif à une extirpation de

tumeur fibreuse du sein. Commissaires : MM. Chassaignac Monod et Debout.

— M. Morel-Lavallée présente à la Société un enfant de sept ans qui a fait, il y a six semaines, une première chute contre une borne et une seconde dans un escalier très peu de temps après. Le coude s'est gonflé, est devenu douloureux; mais on n'a pas eu recours à d'autre moyen de traitement qu'à des cataplasmes. Aujourd'hui, l'avant-bras est dans une position moyenne entre la pronation et la supination. Les mouvements de flexion et d'extension sont gênés ; la tubérosité externe de l'humérus fait sous la peau une saillie très appréciable; l'extrémité supérieure du radius est plus en dedans qu'à l'état ordinaire; enfin, il y a là tous les signes d'une luxation latérale incomplète en dedans. Des tentatives de réduction ont été faites une fois ; M. Morel-Lavallée se propose de les renouveler en employant le procédé de M. Maisonneuve, et consulte la Société à ce sujet.

M. Huguier. Outre la luxation incomplète de l'avant-bras, je crois qu'il y a eu dans ce cas fracture oblique du condyle de l'humérus, et que cette fracture aujourd'hui consolidée explique le gonflement que l'on remarque à l'extrémité inférieure de l'humérus. Je crois d'ailleurs que la réduction ne sera pas obtenue, et qu'il vaudrait mieux augmenter par un exercice modéré les mouvements de l'articulation ainsi conformée.

M. Nélaton. Le procédé dont nous a parlé M. Maisonneuve, et qui consiste à exercer les tractions sur l'olécrane, est utile pour les déplacements en arrière; mais je ne crois pas qu'il puisse avoir les mêmes avantages pour les déplacements transversaux. J'essaierais donc plutôt ici de repousser transversalement les surfaces articulaires.

MM. Chassaignac, Monod et Gosselin partagent l'avis de M. Huguier relativement à la fracture partielle de l'extrémité inférieure de l'humérus ; M. Gosselin ajoute même que cette

solution de continuité chez les enfants est plutôt un décollement épiphysaire qu'une fracture.

MM. Nélaton et Lenoir pensent qu'il y a là luxation sans fracture.

M. Maisonneuve. Je suis d'avis également qu'il n'y a pas eu de fracture de l'humérus et que des tentatives doivent être faites chez ce malade. Je remarquerai même à cette occasion qu'en général on oublie trop les moyens orthopédiques et les machines dans le traitement des luxations anciennes; si donc M. Morel-Lavallée n'obtenait rien au moyen des lacs et des tractions faites sur l'olécrane, je lui donnerais le conseil d'essayer une machine.

M. Chassaignac. Je ne partage pas l'opinion de M. Maisonneuve sur les tentatives de réduction ; je crois qu'elles n'aboutiront à rien ; je me fonde sur ce qu'il y a chez ce malade, non-seulement luxation incomplète en dedans, mais encore subluxation du radius sur le cubitus. L'extrémité supérieure du radius est portée en avant, celle du cubitus est portée en arrière. Cette circonstance me paraît entraîner l'impossibilité d'obtenir une réduction durable.

M. Morel-Lavallée. On se fonde pour admettre qu'il y a eu fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus sur le gonflement de cette partie; mais ce gonflement est peu considérable, il n'est accompagné d'aucune déformation. C'est pourquoi je doute que cette lésion ait eu lieu. En tout cas, ce ne serait pas une contre-indication, de l'avis même de ceux qui croient à cette fracture, et le procédé de M. Maisonneuve me paraît toujours applicable, car la partie postérieure du cubitus est un peu remontée en même temps qu'elle est déplacée transversalement.

— M. Maisonneuve. J'ai fait hier l'extirpation d'une tumeur fibreuse interstitielle de l'utérus ; la malade avait trente-cinq ans et souffrait de la matrice depuis cinq années environ : j'ai d'abord incisé, au moyen du lithotome double, la membrane interne recouvrant la tumeur, qui faisait saillie à la

partie postérieure de la matrice; j'ai incisé en même temps le col de l'utérus, dont j'ai agrandi encore l'ouverture en déchirant avec les doigts; j'ai ensuite, avec mes doigts de la main droite, déchiré et enlevé la membrane du côté gauche de la tumeur, et j'en ai fait autant de l'autre côté en me servant de la main gauche; puis j'ai fait des tractions sur la tumeur; mais elle n'a pu être enlevée ni même déplacée. J'ai pensé alors à une idée qu'avait émise M. Chassaignac, celle d'enlever une portion cunéiforme de la tumeur au niveau de sa partie moyenne, afin de détacher ensuite plus facilement les parties latérales; mais j'ai fait autre chose : j'ai simplement incisé la tumeur dans son milieu, puis j'ai pratiqué de chaque côté une section à la partie postérieure; je pus alors saisir et amener dans le vagin la partie inférieure et postérieure de l'une des moitiés qui se déroulait en quelque sorte pour descendre. J'en fis autant pour l'autre moitié, et bientôt je n'eus plus qu'à couper avec des ciseaux pour séparer les adhérences de la partie supérieure avec le tissu utérin. L'opération a duré quarante minutes. Il s'est écoulé un peu de sang après l'opération; j'ai fait appliquer de la glace sur le ventre et dans le vagin; l'hémorrhagie s'est bientôt arrêtée et n'a plus reparu.

M. Chassaignac. Il est une cause qui s'oppose à la guérison des maladies de ce genre, c'est qu'elles sont rarement solitaires. Après une opération douloureuse, les malades conservent souvent une tumeur identique dans l'utérus, ou quelque altération concomitante des ovaires.

M. Huguier. Les tumeurs fibreuses de l'utérus doivent être examinées à trois points de vue :

1° Au point de vue de l'anatomie pathologique, il faut savoir que ces tumeurs ne sont pas toujours énucléables, et que souvent elles se continuent avec la substance même de l'utérus par des adhérences très solides; c'est ce que j'ai bien vu sur une pièce qui m'appartient, et sur une autre de M. Robert.

2° Au point de vue du diagnostic, il est impossible de déterminer à l'avance si ces tumeurs sont énucléables ou non.

3° Au point de vue de l'opération, il est incontestable que les tumeurs fibreuses interstitielles ne peuvent être enlevées autrement que par le morcellement. J'ai opéré deux malades de cette manière ; et une en particulier, chez laquelle la tumeur était devenue assez volumineuse pour comprimer le rectum et l'S iliaque du colon. Les deux malades se portent aujourd'hui très bien.

M. Maisonneuve. J'ai opéré une autre malade d'un polype implanté sur la lèvre postérieure du col, et qui pendait dans le vagin. La tumeur offrait des cavités remplies d'une matière glaireuse.

M. Loir. Sur la malade dont j'ai donné l'observation à la Société, j'avais d'abord extirpé une tumeur qui s'avançait dans le vagin, et qui était creuse ; il y avait en outre deux tumeurs, dont l'une était interstitielle, et l'autre s'avançait du côté du péritoine. Cette malade, en un mot, s'est trouvée offrir trois variétés de tumeurs fibreuses de la matrice.

M. Huguier. Les polypes creux dont on parle étaient implantés à la surface du col ; c'est, pour moi, la preuve que ces polypes étaient du genre de ceux que j'ai appelés utéro-folliculaires.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Séance du 14 *mars* 1849.

Présidence de M. Cullerier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— M. Maisonneuve demande la parole à propos du procès-verbal, pour annoncer à la Société que la malade à laquelle il a pratiqué l'extirpation d'un corps fibreux de la matrice est dans l'état le plus satisfaisant. Il n'est survenu aucun accident ; toutes les fonctions s'exécutent bien ; la suppuration

s'est parfaitement établie ; le pouls varie de 96 à 104 pulsations, sans chaleur à la peau. L'absence d'alimentation est peut-être la cause de l'accélération du pouls.

— M. Nélaton. J'ai été appelé, vendredi matin, chez une dame qui s'était luxé la mâchoire l'avant-veille, vers les dix heures du soir. Cette dame, aussitôt après l'accident, avait envoyé chercher son médecin, qui tenta inutilement la réduction. Un second confrère fut appelé, qui ne fut pas plus heureux. Les tentatives furent continuées jusqu'à deux heures du matin. Le lendemain, à la suite d'un bain prolongé, on pratique une saignée ; nouvel insuccès. On emploie le chloroforme ; même insuccès. Un troisième médecin est appelé ; on réitère l'application du chloroforme ; les tentatives de réduction échouent encore. Lorsque j'examinai la malade, elle avait les arcades dentaires écartées ; les incisives inférieures débordaient d'un centimètre et demi les supérieures ; les condyles de la mâchoire étaient passés au-dessous de l'apophyse transverse ; le bord antérieur des deux apophyses coronoïdes était sur un plan bien antérieur à celui qu'elles occupent normalement.

Convaincu qu'il fallait uniquement agir sur ces apophyses coronoïdes d'avant en arrière, je pratiquai une légère pression sur elles, et la réduction s'opéra au moment où je disais à la malade d'ouvrir la bouche.

— M. Morel-Lavallée rend compte d'une opération qu'il a pratiquée samedi dernier. Il a enlevé un maxillaire supérieur tout entier et la moitié de l'autre, au moyen d'une seule incision courbe partant de la joue et se terminant au niveau de l'os molaire. Il s'est servi de la scie à chaîne, au moyen de laquelle il a scié en même temps la voûte palatine et la cloison des fosses nasales.

M. Maisonneuve. Le procédé qui vient d'être décrit par M. Morel a été employé par moi il y a cinq ou six ans ; seulement je me suis servi de trois scies à chaînette à la fois, que j'ai conduites dans la fente sphéno-maxillaire et dans la fosse

nasale opposée ; après quoi il m'a suffi d'un petit coup de la pince de Liston pour détacher entièrement la tumeur.

M. Chassaignac. Le procédé indiqué par M. Maisonneuve a été mis en usage par moi depuis longtemps. Ce qui appartient à M. Maisonneuve dans ce procédé, c'est d'avoir appliqué à la fois trois scies à chaînette.

Je pense que les procédés employés jusqu'à ce jour pour désarticuler la mâchoire sont vicieux en ce sens qu'on est toujours obligé de fracturer, et qu'en brisant les os dans des tissus malades, il n'est pas permis de régulariser son opération. On s'expose presque à coup sûr à laisser une partie du mal, et, si l'on veut employer le fer rouge, on ne modifie que des surfaces sans atteindre les racines. J'ai proposé de passer une scie à chaîne par le trou sphéno-palatin pour scier directement l'apophyse ptérygoïde. L'aiguille d'A. Cooper avec la petite modification que j'ai apportée rend très facile le passage de la scie à chaîne dans le trou sphéno-palatin.

M. Lenoir. Je demanderai à M. Chassaignac s'il a eu l'occasion d'employer sur le vivant la modification qu'il propose. Je crois, pour ma part, qu'il n'est pas possible d'établir des règles générales dans la désarticulation de la mâchoire. La première fois que j'opérai, je me servis de la scie à chaîne, et je désarticulai comme je pus l'os palatin. Dans un deuxième cas, il s'agissait d'une tumeur qui présentait l'aspect d'un navet ; je désarticulai l'os maxillaire en me servant d'un ciseau plat, avec lequel je brisai facilement les articulations.

M. Morel-Lavallée fait observer qu'il s'est bien gardé d'établir sa priorité en indiquant le procédé qu'il a employé ; il croit cependant être le seul jusqu'à ce jour qui ait enlevé toute la voûte palatine pour un cancer ; il ajoute que l'incision courbe, telle qu'il l'a pratiquée, lui appartient peut-être aussi.

M. Morel-Lavallée a examiné la tumeur au microscope, elle présentait tous les caractères du cancer.

M. Marjolin. Il y a deux ans, j'ai pratiqué avec M. Néla-

ton l'ablation d'un maxillaire supérieur ; l'incision curviligne allait de l'os molaire à l'angle de la bouche. Je ferai observer à M. Chassaignac qu'il n'est pas toujours aussi aisé qu'il le pense d'aller d'emblée poser des scies dans un tissu véritablement sain ; en outre, les rapports des fentes sont souvent changés, ce qui rend l'usage de la scie fort incommode et ne permet que d'employer la cisaille.

M. Huguier. Je partage entièrement l'opinion émise par M. Lenoir sur l'impossibilité d'établir une règle générale dans l'ablation du maxillaire supérieur. M. Marjolin disait tout à l'heure que les rapports des fentes étaient souvent changés ; j'ajouterai que ces fentes peuvent même s'oblitérer entièrement. Je rapporterai pour exemple une tumeur ostéo-fibreuse opérée par M. Gerdy. Dans ces cas-là, il faut bien se servir du ciseau et du maillet, ou bien de scies à molettes ou de scies en rondache.

M. Chassaignac. En proposant l'application de la scie à chaîne pour détacher le maxillaire, je n'ai pas la prétention d'en faire une application générale. A ceux qui m'objectent la difficulté ou même l'impossibilité de faire pénétrer la scie à chaîne dans quelques cas particuliers, je répondrai que, lorsque j'opère un maxillaire, j'ai toujours la précaution de me munir d'un trépan perforatif, et je m'en sers lorsque la scie à chaîne ne peut passer.

Si l'on veut régler à l'avance son opération, il est de toute nécessité que les sections soient pratiquées dans les parties saines; sans cela, on s'expose certainement à une récidive.

M. Morel-Lavallée. L'incision curviligne dont je me suis servi pouvait comprendre le canal de Sténon et déterminer la paralysie de la face de ce côté. Il y a eu effectivement paralysie; j'espère cependant qu'elle disparaîtra.

M. Marjolin. J'assistais M. Blandin il y a deux mois dans une opération analogue. Il y eut aussi paralysie de la face à la suite de l'incision curviligne. La jeune personne a parfaitement guéri.

M. Chassaignac. Je ferai observer à M. Morel que l'incision curviligne peut être faite sans blesser le conduit de Sténon.

M. Morel-Lavallée. Je savais très bien qu'on pouvait éviter ce canal; mais je préférais courir cette chance et disséquer plus facilement la tumeur.

M. Chassaignac. J'ai soigné dernièrement un enfant de trois ans affecté de lupus. Le nez était détruit ainsi que la lèvre supérieure. Le nitrate acide de mercure a enrayé les accidents; mais un peu de nitrate étant entré dans la cavité buccale, il est survenu de la salivation, puis une gangrène de la bouche, puis la mort.

J'appelle donc l'attention sur les précautions à prendre pour ne pas laisser pénétrer cet acide dans l'intérieur de la bouche.

M. Lenoir. Je ferai remarquer que les enfants sont en général réfractaires à la salivation mercurielle. J'emploie souvent les préparations mercurielles sur les enfants, et j'ai rarement vu survenir une salivation.

M. Chassaignac. L'observation de M. Lenoir est très fondée, et c'est justement parce que cet accident est rare chez les enfants que j'ai rapporté le fait à la Société.

M. Debout. Il est un topique très innocent, l'huile de cade, fortement recommandé pour le lupus, et qui met à l'abri des inconvénients de la salivation.

La séance est levée à six heures.

Séance du 21 *mars* 1849.

Présidence de M. Cullerier.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. Vidal remercie la Société, au nom de M. Goyrand (d'Aix), pour l'envoi qui lui a été fait du premier volume des Mémoires.

— M. J. Roux, membre correspondant, communique à la Société un exemple d'inflammation grave de la gaine tendineuse du doigt indicateur. Un ouvrier tailleur de pierre attribuait à une contusion par un éclat de métal un gonflement et une douleur vive qu'il éprouvait depuis quelques jours dans le doigt indicateur de la main droite ; une incision pratiquée sur la face dorsale de ce doigt donna issue à une quantité notable de pus. Néanmoins, l'inflammation se propagea à la main et à l'avant-bras ; des symptômes généraux graves et surtout de la fièvre, des vomissements, une grande prostration ne tardèrent pas à se manifester. M. Roux s'est décidé alors à pratiquer l'amputation dans l'articulation métacarpo-phalangienne, c'est-à-dire dans la continuité du mal ; il a ensuite appliqué du chloroforme sur la plaie, qui, pendant trois jours, n'a été le siége d'aucune douleur. En examinant le doigt, on a trouvé que la gaîne synoviale des tendons fléchisseurs était fortement enflammée, que les tendons étaient ramollis, dissociés et commençaient à s'engager par une ouverture située au niveau de la phalangette. Au bout de quelques jours, l'inflammation persistant à la main et à l'avant-bras, une injection de teinture d'iode a pu être faite par la plaie. Je n'ai point trouvé dans les auteurs, dit M. Jules Roux, d'observation semblable à celle-là, si ce n'est dans le *Compendium de chirurgie pratique*, où M. Denonvilliers rapporte un fait exactement semblable, qui a nécessité l'amputation de l'avant-bras et s'est terminé par la mort. Je ferai d'ailleurs remarquer que je me suis déterminé à l'amputation du doigt parce que la perte de ses tendons était imminente, et que la plaie résultant de cette opération permettait l'écoulement du pus et ouvrait une voie pour les injections.

M. Robert. Les faits du genre de celui que vient de nous communiquer M. Jules Roux ne sont pas rares; peut-être n'ont-ils pas été publiés tous ; mais je suis certain, pour ma part, d'en avoir observé quelques exemples. Je prierai en outre M. J. Roux de nous donner des renseignements sur

l'application locale du chloroforme; ne craint-il pas que cette application empêche la réunion immédiate?

M. J. Roux. Je ne crois pas que l'on ait vu souvent, à la suite des panaris ordinaires, des accidents généraux semblables à ceux qui sont arrivés chez mon malade, et à ceux que M. Denonvilliers a observés sur le sien. C'est sous ce rapport que le fait m'a paru digne d'attention. Quant à la question que m'adresse M. Robert sur l'application locale du chloroforme, j'y répondrai en faisant connaître un fait qui n'est pas encore acquis à la science : le chloroforme appliqué sur la peau est irritant; mais appliqué sur une plaie, il est sédatif. Sans doute, cette différence tient à ce que l'épiderme est une barrière qui empêche le chloroforme d'anéantir les filets nerveux; sur une plaie, au contraire, le chloroforme détruit la sensibilité des nerfs avec lesquels il est mis en contact immédiat. Quelle que soit au reste la théorie, le fait n'en reste pas moins exact. J'ai employé ce moyen à la suite de plusieurs amputations, et en particulier à la suite d'une désarticulation de la cuisse; les malades n'ont pas souffert, et l'inflammation consécutive n'a pas été plus forte que dans les cas ordinaires. J'entends demander comment j'applique le chloroforme. Si la disposition de la plaie le permet, je verse une certaine quantité de ce liquide, et je le maintiens pendant un quart d'heure en rapprochant les lambeaux ou les parties molles par-dessus le liquide; si la disposition des parties ne permet pas d'agir ainsi, je tiens sur la plaie une éponge imbibée de chloroforme, ou je passe sur elle à diverses reprises un pinceau trempé dans le liquide.

M. Nélaton. Nous avons tous vu des inflammations de gaînes tendineuses; pour ma part, j'ai rencontré celle de la gaîne des fléchisseurs des doigts, du jambier postérieur, des péroniens latéraux. J'ai eu, par exemple, en même temps, à l'hôpital des Cliniques, deux malades qui confirmaient un fait anatomique établi par M. Maslieurat : Un homme s'était ouvert la gaîne du pouce; l'inflammation s'était propagée à

la main et à la gaîne du petit doigt. Une jeune fille s'était piqué le petit doigt; l'inflammation se propagea au pouce. Dans les cas dont j'ai été témoin, je n'ai jamais observé les accidents graves dont nous a parlé M. J. Roux. Des vésicatoires ont été appliqués, et les malades ont très bien guéri.

M. Huguier. Aux quatre espèces de panaris indiqués par tous les auteurs, j'en ajoute une cinquième, c'est celle dans laquelle l'inflammation commence par une des articulations phalangiennes; il s'y fait un épanchement qui s'ouvre ensuite dans la gaîne synoviale et l'enflamme. Je suis disposé à croire que la maladie a marché de cette manière chez le malade de M. J. Roux.

— M. Vidal (de Cassis) lit un travail intitulé : *Le sarcocèle syphilitique, ses effets sur le testicule et la virilité.* Ce travail est renvoyé au comité de publication.

— M. Chassaignac lit un rapport sur le travail de M. H. Larrey, relatif à une observation de tumeur fibreuse du sein.

Les conclusions de ce rapport sont :

1° D'envoyer le travail de M. Larrey au comité de publication;

2° D'admettre M. Larrey au nombre des membres de la Société.

M. Nélaton. Je ne puis laisser passer cette allégation du rapporteur, que le fait de M. Larrey est le premier exemple de tumeur fibreuse de la mamelle observé depuis la discussion de l'Académie de médecine. J'en ai vu, pour ma part, deux exemples, et l'un d'eux a été communiqué à la Société de chirurgie. J'ai même développé à cette occasion les moyens de diagnostic entre ces tumeurs et les squirrhes; ces moyens sont la lenteur de la marche des tumeurs fibreuses, le volume considérable qu'elles acquièrent, leur défaut d'adhérence à la peau et l'absence d'engorgements ganglionnaires.

— M. Lenoir. Je n'accepte pas ce que vient de dire M. Nélaton de la marche lente des tumeurs fibreuses. J'ai été consulté pour une jeune fille qui portait une tumeur très petite;

on voulait savoir s'il n'y avait pas d'inconvénients à la marier; je répondis que je n'en voyais aucun. Au bout d'un an, elle devint enceinte; le mal prit alors un accroissement considérable, si bien que, deux ans après le mariage, je fis l'ablation de cette tumeur, qui pesait quatre livres. La peau, distendue, s'était ouverte, et présentait une ulcération; il n'y avait d'ailleurs pas de ganglions engagés. L'examen de la tumeur à l'œil nu et au microscope n'a pas laissé de doutes sur sa nature fibreuse. Voilà donc une tumeur qui, sous l'influence d'une grossesse, a pris un développement très rapide.

M. Chassaignac. Je trouve fort contestables les moyens de diagnostic indiqués par M. Nélaton. L'observation de M. Lenoir montre en effet que la lenteur de la marche n'est pas son caractère positif. Dans cette même observation il y a une ulcération, autour de laquelle sans doute la peau adhérait à la tumeur. Quant à l'absence d'engorgements ganglionnaires, un certain nombre de tumeurs cancéreuses n'occasionnent pas, ou n'occasionnent que très tard cet engorgement. Ce n'est donc pas là non plus un bon signe distinctif.

M. Nélaton. Remarquez bien que le fait de M. Lenoir est exceptionnel, puisqu'il y a eu une grossesse. Mais, en dehors de cette circonstance, je dis que les tumeurs fibreuses ont pour caractères leur densité, la lenteur de leur développement, le volume qu'elles acquièrent, et l'intégrité des ganglions. Je sais bien que dans certains cas les cancers de la mamelle laissent les ganglions intacts; mais il s'agit ici de tumeurs qui ont une grande densité, et qui par conséquent ne peuvent être confondues avec des encéphaloïdes; elles peuvent au contraire être prises pour des squirrhes. Or, tout le monde sait que les tumeurs squirrheuses occasionnent de bonne heure l'engorgement ganglionnaire, que les tumeurs fibreuses ne produisent jamais. Je maintiens donc que c'est là un signe distinctif important.

M. le président met aux voix la première conclusion du rapport, qui est adoptée à l'unanimité.

La deuxième conclusion sera mise aux voix dans la prochaine séance.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Séance du 28 mars 1849.

Présidence de M. Cullerier.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— A l'occasion du procès-verbal, M. Robert revient sur le diagnostic des tumeurs fibreuses de la mamelle ; il pense qu'aux moyens indiqués par M. Nélaton il est bon d'ajouter l'élasticité sans fluctuation. M. Robert donne en ce moment des soins à une malade affectée d'une tumeur assez volumineuse sans altération des ganglions ; cette tumeur est élastique, et c'est surtout d'après ce caractère qu'il la croit de nature fibreuse.

M. Lenoir. Avant de se prononcer à cet égard, il vaudrait mieux attendre l'autopsie ou l'opération, car les tumeurs mammaires chroniques présentent la même élasticité et pourraient être confondues avec des tumeurs fibreuses.

M. Chassaignac revient sur les arguments qu'il a présentés dans la dernière séance, et sur l'impossibilité de faire l'histoire pathologique des tumeurs fibreuses avec le petit nombre d'observations que l'on connaît. Ces tumeurs n'ont pas de signes caractéristiques, pathognomoniques ; on ne peut en faire le diagnostic qu'au moyen de circonstances dont la réunion est assez rare ; et comme chacune de ces circonstances se présente dans d'autres maladies, il en résulte qu'on n'arrive guère qu'à des probabilités.

M. Nélaton. Sans doute on n'aura souvent que des probabilités, et on fera même des erreurs ; mais si l'on trouve la réunion des signes que j'ai indiqués dans la dernière séance, le diagnostic pourra être fait. C'est là ce que j'ai voulu établir contrairement à cette opinion émise dans le rapport que nous ne possédions aucun élément de diagnostic.

— La nomination de M. Larrey est mise aux voix et adoptée à l'unanimité.

— L'ordre du jour appelle la discussion du travail lu dans la séance précédente par M. Vidal.

M. Robert. M. Vidal est parti de ce point de vue que l'engorgement syphilitique porte généralement atteinte à la virilité, et il a voulu prouver que ce n'était pas là une loi sans exception. Il a montré des faits dans lesquels la virilité n'avait pas été abolie; mais il me semble que le point de départ n'est pas exact, et qu'il n'est pas établi dans la science que l'affection syphilitique du testicule en détruise habituellement les fonctions.

M. Vidal. L'atrophie du testicule à la suite des maladies syphilitiques de cet organe est un fait connu et admis de tout le monde ; il est proclamé partout et établi dans la science comme une généralité. J'ai voulu prouver que les auteurs avaient eu tort de généraliser ce fait, et je vois que M. Robert professe les mêmes opinions que moi à cet égard.

M. Robert. En tout cas, il y a deux variétés de testicules syphilitiques. Dans l'une, qui a été signalée surtout par A. Cooper et M. Ricord, l'altération occupe principalement la tunique albuginée ; dans l'autre, qui apparaît beaucoup plus tôt, l'altération occupe la substance même du testicule. Cette dernière variété est celle que l'on peut confondre avec un cancer, et c'est elle qui me paraît de nature à entraîner la diminution ou la perte des fonctions de l'organe ; tandis que l'autre n'a pas la même conséquence. Je reproche donc à M. Vidal : 1° de n'avoir pas prouvé par des citations empruntées aux auteurs l'assertion générale qui lui sert de point de départ ; 2° de n'avoir pas bien posé la distinction dont je viens de parler.

M. Vidal. Sans doute on observe les deux variétés anatomiques que M. Robert a indiquées ; mais ces variétés sont plutôt une terminaison qu'un point de départ ; c'est ainsi que

la tunique albuginée peut prendre, à la suite du sarcocèle syphilitique, l'état osseux ou l'état cartilagineux.

M. Robert. M. Vidal n'a pas répondu nettement à la distinction que j'avais établie. Elle est cependant importante dans la pratique. Ainsi, il y a une dizaine d'années, à l'époque où l'on n'employait pas encore l'iodure de potassium, on m'adressa un homme qui portait un testicule syphilitique de la deuxième variété ; on avait cru à un cancer, et on envoyait le malade à Paris pour subir la castration. Cependant j'ai prescrit un traitement mercuriel par le proto-iodure, et le testicule a fini par revenir à son volume naturel ; je ne sais pas positivement ce qu'est devenue la virilité ; mais le testicule avait repris sa consistance et son volume normal.

M. Vidal. Je crois que, dans ce dernier fait, M. Robert a observé une orchite chronique et non pas un testicule syphilitique ; je me fonde sur ce que cette dernière maladie ne peut pas guérir par le proto-iodure de mercure. Il y a dans l'histoire des tumeurs du testicule trois périodes : dans la première, tous les engorgements chroniques sont sacrifiés, parce qu'on les regarde comme des cancers ; dans la seconde, qui est celle de Desault et de Dupuytren, on commence à reconnaître qu'il y a des engorgements syphilitiques, et l'on sacrifie encore ceux qui résistent au traitement mercuriel, et qui cependant ne sont pas des cancers. Vient enfin la troisième période, qui est la nôtre, et dans laquelle on prescrit l'iodure de potassium ; on enlève alors beaucoup moins de testicules qu'on ne le faisait pendant les deux premières périodes. Mais les engorgements qui cédaient aux mercuriaux étaient pour moi de simples orchites chroniques ; et dans la description qu'a donnée A. Cooper, il n'a établi aucune distinction entre l'orchite chronique et les maladies syphilitiques.

M. Nélaton. J'ai vu plusieurs faits qui m'ont prouvé, comme à M. Vidal, que les engorgements syphilitiques n'entraînaient pas nécessairement la perte du testicule. A cet égard, j'appellerai l'attention sur un signe diagnostique qui a

été trouvé par un de mes anciens internes, M. Notta : c'est la perte de sensibilité de l'organe altéré par l'invasion syphilitique. En pressant cet organe, on ne détermine plus de douleurs ; mais à l'époque où la résolution se fait, la sensibilité reparaît.

M. Vidal. Cependant, alors qu'il vient une atrophie, et qu'il reste seulement un noyau, ce noyau est quelquefois très douloureux.

— M. Marjolin lit au nom de M. Ricord un travail relatif à une opération d'urétroplastie. (Renvoyé au comité de publication.)

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Séance du 4 avril 1849.

Présidence de M. Cullerier.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. Ricord demande la parole à l'occasion du procès-verbal, pour exposer ses opinions sur les engorgements syphilitiques du testicule, sur lesquels la discussion s'était élevée dans la dernière séance. Outre les deux variétés généralement admises, celle dans laquelle l'affection occupe la tunique albuginée, et celle dans laquelle la substance propre du testicule est envahie, il y a, dit M. Ricord, une troisième variété : c'est celle dans laquelle les enveloppes scrotales deviennent le siége d'une tumeur gommeuse.

Les cas les plus fréquents sont ceux d'altération occupant l'intérieur de la tunique albuginée. Ici cependant il faut distinguer : le sarcocèle syphilitique est général ou partiel ; s'il est général et que la maladie soit abandonnée à elle-même, la terminaison ordinaire et presque fatale est l'atrophie. Il est même une observation à faire, c'est que cette espèce de sarcocèle n'est pas nécessairement caractérisée par une augmentation de volume. En pareil cas, on observe seulement une

diminution progressive, qui a fait croire à une atrophie survenant d'emblée et sans altération matérielle, sous l'influence de la syphilis constitutionnelle. Mais toutes les fois qu'on a observé attentivement, on a trouvé dans ces cas une induration qui indiquait l'existence d'une lésion anatomique, c'est-à-dire d'un épanchement de matière fibreuse ou fibro-plastique.

S'il n'y a pas atrophie, la matière qui forme l'altération peut se transformer en substance osseuse ou en substance cartilagineuse.

Enfin, dans d'autres cas, à mesure que la résorption se fait, la substance séminifère qui n'avait été que comprimée revient peu à peu à elle-même, reprend ses caractères normaux et ses fonctions. J'ai vu, comme M. Vidal, des malades qui, après avoir eu les deux testicules pris, ont retrouvé, après la disparition des tumeurs, les érections et l'éjaculation dont ils avaient été privés pendant un certain temps.

Quand le sarcocèle syphilitique est partiel, les vaisseaux séminifères ne sont jamais détruits complétement; il y a donc tout au plus diminution, mais il n'y a pas perte complète de la virilité. Il importe donc de tenir compte de cette distinction, lorsqu'on parle de l'influence du sarcocèle syphilitique sur les fonctions génitales.

Que l'induration du testicule soit générale ou partielle, la douleur est toujours à peu près nulle; les malades se plaignent bien quelquefois de douleurs lombaires; mais ces douleurs n'existent qu'au commencement de la maladie; plus tard elles disparaissent entièrement. Quant à ce qui est de la douleur à la pression, elle manque en effet quand le sarcocèle est général; mais elle existe souvent quand il est partiel. En effet les vaisseaux séminifères peuvent alors être comprimés entre les doigts qui explorent et le produit morbide qui occupe le centre, et de cette compression résulte souvent une souffrance analogue à celle qu'occasionne la pression du testicule à l'état physiologique.

M. Vidal. Les développements que vient de donner M. Ricord confirment les faits avancés dans mon travail. J'ai en particulier cité un cas dans lequel il y a eu atrophie du testicule sans augmentation préalable du volume de cet organe.

M. Chassaignac rappelle que, dans la dernière séance, des doutes s'étaient élevés sur la question de savoir si A. Cooper avait bien établi la distinction entre le testicule syphilitique et l'orchite chronique. Il lit un passage de cet auteur, en vue de démontrer qu'en effet cette distinction et les moyens de diagnostic sont indiqués.

M. Ricord. Il est incontestable qu'A. Cooper a vu des testicules syphilitiques; mais ce qu'il en dit serait bien insuffisant pour établir un diagnostic. Ainsi, il parle de tuméfaction de l'épididyme. Or, je suis certain que l'affection syphilitique occupe exclusivement le testicule, et que, si l'épididyme est gonflé en même temps, cela est dû à quelque autre cause concomitante. On outre, A. Cooper parle de suppuration; or, le testicule syphilitique ne suppure jamais; les suppurations qu'A. Cooper a observées étaient dues, sans aucun doute, à des gourmes du scrotum, et non pas à un sarcocèle proprement dit. Enfin, l'auteur anglais a beaucoup trop insisté sur les douleurs qui sont habituellement nulles, et sur la coïncidence du testicule syphilitique avec les lésions cutanées; il est plus fréquent de trouver avec lui les altérations tertiaires, celles qui occupent les tissus fibreux et osseux. D'un autre côté, le sarcocèle syphilitique existe quelquefois chez des sujets qui n'ont eu ni accidents primitifs, ni accidents consécutifs; c'est parce que la maladie est souvent causée par une syphilis héréditaire.

Je dirai enfin quelques mots du traitement. Le sarcocèle syphilitique, de quelque variété qu'il s'agisse, peut guérir par les mercuriaux. Certainement Astruc et B. Bell, A. Cooper et Dupuytren ont obtenu des guérisons par ce moyen. Seulement l'iodure de potassium est beaucoup plus efficace et d'une action plus rapide.

M. Chassaignac. Les paroles de M. Ricord n'ont pas démontré qu'A. Cooper ait eu des idées très fausses sur le testicule syphilitique ; il est incontestable que depuis cet auteur on a fait des progrès ; on a surtout fait connaître les tumeurs gourmeuses du scrotum, et l'on a mieux indiqué les caractères propres à la tumeur; mais il n'en est pas moins vrai qu'A. Cooper avait étudié avec soin ce sujet.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur le travail de M. Ricord relatif à une urétroplastie. M. Ricord, d'après le désir qui lui en a été exprimé, a fait venir le malade, qui est examiné par la plupart des membres de la Société.

M. Morel-Lavallée exprime le regret que, dans les citations bibliographiques, M. Ricord n'ait pas tenu compte des travaux de Viguerie père et de Ledran, qui, les premiers, ont songé à la déviation de l'urine pour faciliter les opérations pratiquées sur l'urètre.

M. Ricord répond qu'il a cité ces auteurs, et qu'il apprécie en effet leurs travaux.

— M. Lenoir lit un travail sur le traitement des fractures non consolidées par l'acupuncture. (Renvoi au comité de publication.)

— M. Chassaignac donne à la Société des nouvelles du malade dont il l'a déjà entretenue, et auquel il a pratiqué la ligature de la fémorale pour un anévrisme poplité. Ce malade va bien ; quelques petites taches gangréneuses se sont montrées sur le pied; mais elles n'ont été suivies d'aucun accident. La ligature est tombée le vingt-quatrième jour. M. Chassaignac a cherché si, dans l'anneau du fil, il y avait une portion de tissu artériel ; mais il n'en a trouvé aucune trace. Le malade, qui est à la septième semaine de l'opération, est parfaitement guéri.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Séance du 11 *avril* 1849.

Présidence de M. Cullerier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Maisonneuve demande la parole à propos du procès-verbal, pour annoncer qu'il a l'intention d'essayer l'électro-puncture à l'effet d'obtenir la consolidation d'un cal rompu par lui il y a trois ans pour remédier à la difformité d'une fracture mal consolidée. Depuis lors, tous les moyens ordinairement employés contre cette affection ont été infructueux. M. Maisonneuve tiendra la Société au courant de son entreprise.

Correspondance. — M. Bérard, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier, remercie la Société de l'envoi du premier volume de ses mémoires.

— M. Heille, médecin en chef de l'hôpital de Givet, écrit à la Société au sujet de la communication de M. Jules Roux sur l'inflammation de la gaine tendineuse du doigt indicateur, et fait part de quatre faits qu'il a observés. M. Heille est porté à penser que les accidents qui surviennent à la suite de ces inflammations sont beaucoup moins rares que ne l'a supposé M. J. Roux.

— M. Michon donne lecture d'un Mémoire sur la paralysie de la vessie traitée par l'électricité.

M. Vidal (de Cassis) ouvre la discussion en ces termes :

Vous savez, Messieurs, que dans ces derniers temps on a cherché à diminuer le nombre des paralysies de la vessie; on a même été jusqu'à les nier, sauf les cas où elles étaient consécutives à une affection de la moelle épinière. Pour ma part, je puis dire qu'en général je n'ai pas observé la paralysie de la vessie sans celle du rectum, et je serais porté à croire que dans les cas cités par M. Michon il n'y a peut-être pas eu de

véritable paralysie. Ainsi, le malade chez lequel il y avait affection de la prostate n'aurait point eu, suivant M. Mercier, une paralysie de la vessie. Chez le malade qui fut pris de paralysie après avoir bu outre mesure, M. Michon nous a dit qu'il avait exploré la vessie par le rectum, et qu'il l'avait trouvée très développée sans que la prostate fût augmentée. Il aurait pu se faire néanmoins que la prostate fût affectée d'une hypertrophie concentrique difficile à percevoir au toucher.

En résumé, mes remarques portent, non pas sur les mauvais effets de l'électricité, mais bien sur ce point que les paralysies observées par M. Michon n'étaient que des hypertrophies de la prostate.

M. Maisonneuve. Il y a des paralysies complètes occasionnées par des affections du cerveau ou de la moelle épinière; il y en a d'incomplètes qui sont dues tantôt à des gonflements de la prostate, tantôt à des excès de vin ou de coït. Le plus souvent, ces paralysies incomplètes disparaissent assez facilement; cependant, lorsqu'elles persistent, la vessie finit par perdre son ressort. C'est alors que le moyen proposé par M. Michon doit rendre les plus grands services. En sera-t-il de même dans les paralysies complètes?

J'ai eu dans mon service une jeune fille hystérique chez laquelle la vessie était paralysée. J'ai eu recours à l'électricité, mais inutilement, quoique j'aie renouvelé les séances douze à quinze fois. L'électricité était perçue au moyen d'une algalie introduite dans la vessie et d'un tampon mouillé appliqué sur l'hypogastre; chaque séance durait un quart d'heure.

Serait-il possible que, dans les cas de M. Michon, l'électricité se porte ailleurs que sur la vessie, sur la prostate, par exemple, et qu'elle amenât la cessation de la paralysie en faisant cesser l'hypertrophie de cette glande? J'ai vu plusieurs fois M. Récamier dissoudre des tumeurs avec l'électricité.

M. Chassaignac. Je désirerais que M. Michon donnât pour titre à son mémoire : *Paralysie par distension de la vessie.*

M. Michon a cité deux faits dans lesquels il n'y avait aucune distension de la prostate, mais il n'en a rapporté aucun où il y eût lésion des centres nerveux. Quant au moyen proposé, à l'électricité, on ne saurait en faire un sujet de blâme, puisqu'il a réussi avec une grande rapidité là où les moyens ordinaires avaient échoué. Je vois dans ce moyen un grand progrès thérapeutique.

Reste maintenant à faire l'application de cet agent merveilleux dans les paralysies de vessie qui reconnaissent pour cause une lésion des centres nerveux.

M. Robert. Je partage les observations de M. Chassaignac. Je crois qu'il faut distinguer les paralysies idiopathiques de celles compliquées d'une lésion du système nerveux. Par conséquent, en insistant sur la spécialité des cas dans lesquels l'électricité a réussi, M. Michon rendrait peut-être son Mémoire plus pratique.

M. Monod. L'électricité a déjà été employée par M. Le Roy-d'Etiolles dans la paralysie de la vessie. Seulement, au lieu de se servir de sondes ordinaires comme M. Michon, il introduisait dans la vessie et dans le rectum des stylets renflés en olive et rendus complétement isolés au moyen de sondes en gomme élastique. Par ce moyen, il n'y a aucune perte de fluide.

M. Michon. Je me hâte de répondre à M. Monod que je ne revendique aucune espèce de priorité. J'appelle l'attention de la Société sur un agent thérapeutique qui m'a réussi là où d'autres avaient échoué; voilà tout. M. Vidal est convaincu que les paralysies que j'ai observées n'étaient que des engorgements de la prostate. Mais j'ai certainement acquis la preuve du contraire chez le premier malade dont j'ai rapporté l'observation. Chez le second, je n'ai pas nié que cet engorgement existât, je l'ai mentionné. Au surplus, peu importe; ce que je constate, c'est que la vessie ne se contractait plus; ce que je constate, c'est que l'électricité a guéri.

M. Maisonneuve parle de paralysie incomplète; mais celle

de mon premier malade, qui durait depuis plusieurs mois, que rien n'avait pu soulager, qui se compliquait d'un commencement d'inertie du rectum, n'était donc pas complète.

M. Chassaignac pense que je rendrais mon travail plus pratique si j'ajoute au titre : paralysie par distension de vessie ; je n'en sais rien. Je tiens peu au titre ; je ferai seulement observer que, chez la malade de M. Monod, la paralysie n'a certes pas été causée par une distension du réservoir de l'urine.

Je ne veux insister que sur un point, sur l'avantage qu'il y a à agir directement et à la fois sur les nerfs spinaux et les nerfs de la vie organique. J'ai l'intime persuasion que l'insuccès de Chopart est dû à ce que les nerfs du grand sympathique n'ont reçu aucune atteinte du fluide électrique.

M. Robert. Tout en expliquant les résultats de M. Michon par l'action plus directe de l'électricité sur la vessie, je crois néanmoins qu'on peut encore employer l'électricité avec un certain avantage en agissant d'une manière plus ou moins médiate sur les nerfs qui s'y rendent. Quoi qu'il en soit, je suis toujours porté à croire que les paralysies observées par M. Michon étaient de simples paralysies par distension de l'organe, et que, si elles eussent été symptomatiques d'une lésion des centres nerveux, l'électricité eût complétement échoué.

M. Vidal (de Cassis). Nous sommes tous d'accord sur le point thérapeutique ; il n'y a que sous le rapport de la pathologie que nos opinions deviennent divergentes. Quant à moi, je crois que ces affections étaient causées par des obstacles au col vésical, obstacles qui n'ont rien été tant que la vessie a conservé sa jeunesse.

M. Chassaignac. Trois conditions peuvent se présenter :

1° La paralysie peut être le résultat de la perte du ressort de la vessie ;

2° La paralysie est la conséquence d'une apoplexie cérébrale ou d'une lésion de la moelle épinière ;

3° Enfin, la paralysie, quelle qu'en soit la cause, se trouve en voie de guérison. Dans le deuxième cas, il est clair qu'il n'est pas probable qu'on obtienne un résultat heureux. Le troisième cas n'est pas celui qui fait le travail de M. Michon. Reste le premier cas, et voilà pourquoi je désire que ce titre soit celui du mémoire.

Un des points du traitement proposé par M. Michon a cela d'important que, par les algalies placées dans la vessie et le rectum, on déploie le plus d'électricité possible; c'est ce qui rend le procédé opératoire de M. Michon extrêmement avantageux.

La question indiquée par M. Vidal relativement aux opinions de M. Mercier me paraît d'une haute importance. Je m'inscris contre ces engorgements constants de la prostate. J'ai vu des individus qui n'avaient aucun engorgement de la prostate, aucun obstacle dans l'urètre, et qui, en retenant volontairement leur urine, se sont donné une paralysie de vessie.

M. Denonvilliers. Le titre de paralysie de vessie par distension ne peut convenir au Mémoire de M. Michon, puisqu'une des observations comprend une paralysie qui bien certainement ne reconnaît pas cette cause. En conséquence, je proposerais purement et simplement de mettre en tête du Mémoire *Paralysies de vessie traitées et guéries par l'électricité*, puis d'intercaler dans le corps du travail un paragraphe qui spécifierait dans quels cas de paralysie l'électricité a été employée.

Le travail de M. Michon est renvoyé au comité de publication.

M. Maisonneuve. Il m'est arrivé de faire l'extirpation complète des muscles jumeaux et soléaire pour un cas de cancer. Je ne me suis aperçu du siége réel de la tumeur que dans le cours de l'opération, et comme le dépôt cancéreux occupait l'épaisseur même des muscles, il m'a bien fallu les enlever.

L'opération s'est passée simplement ; il n'y a point eu d'hémorrhagie.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Séance du 18 *avril* 1849.

Présidence de M. Cullerier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— M. Michon. J'ai eu l'occasion de rencontrer M. Le Roy-d'Etiolles depuis la dernière séance, et j'en ai profité pour lui demander quelques renseignements sur la manière dont il avait employé l'électricité dans la paralysie vésicale. M. Le Roy-d'Etiolles m'a répondu que son expérience était muette à cet égard. Il croit, du reste, qu'il y a fort peu de paralysies essentielles, et qu'elles sont presque toujours occasionnées par une barrière au col de la vessie.

M. Larrey. J'ai recherché quelques faits qui se sont passés aux Invalides du temps de mon père, et dans presque tous les paralysies sont dues à des engorgements de la prostate. M. Hutin, qui a recueilli une trentaine de faits, a toujours vu, sauf deux ou trois fois, ces paralysies causées par quelque obstacle au col vésical.

M. Michon. Qu'il n'y ait que très peu de paralysies idiopathiques, cela ne change point la question. Il s'agit de déterminer si on n'arrivera pas à rendre le ressort à la vessie plus promptement et plus énergiquement avec l'électricité, même lorsqu'il y aura un obstacle qui cause la paralysie. Les faits que j'ai rapportés étant insuffisants pour me permettre de porter un jugement définitif, je fais un appel à la pratique de mes confrères.

—La parole est à M. Danyau, pour la lecture d'un mémoire intitulé :

Nouvelle observation de rupture spontanée du vagin, avec passage de l'enfant dans la cavité abdominale. Guérison.

M. Chassaignac. Le fait de M. Danyau est d'autant plus curieux que la cause qui lui a donné lieu n'est pas celle qui est la plus fréquente. En effet, les ruptures du vagin sont dues le plus souvent à des tentatives obstétricales mal conduites. Chez le malade de Ross, de Hambourg, la rupture fut occasionnée deux fois par des manœuvres de cette nature, et deux fois la malade guérit.

M. Danyau. La mémoire de M. Chassaignac le sert mal pour le fait de Ross, car ce n'est pas une chute qui a déterminé la rupture du vagin. Quant aux exemples que j'ai cités, la cause de la lésion n'a eu lieu que fort rarement à la suite de manœuvres.

— M. Morel-Lavallée. J'ai l'honneur de présenter à la Société un névrome du nerf médian qui siégeait au bras gauche depuis fort longtemps. La tumeur n'était devenue douloureuse que depuis quatre ans environ, jouissait d'une mobilité assez bornée et avait apporté dans les mouvements des doigts un affaiblissement considérable.

Les cordons nerveux du médian s'envoyaient des anastomoses autour de la tumeur ou bien allaient se fondre dans son intérieur. Au-dessus et au-dessous le nerf offrait des dilatations.

La tumeur, du volume d'un œuf de dinde, présentait dans sa structure la plus grande analogie avec la substance grise du cerveau. On ne put découvrir au microscope la plus légère trace de cellule cancéreuse.

Tout le système nerveux présentait des dilatations ganglionnaires. Les deux pneumo-gastriques en avaient de la grosseur d'une noix. Il n'y avait eu cependant aucun trouble du côté des voies respiratoires ou digestives. Les filets du grand lymphatique étaient intacts ainsi que le cerveau et la moelle épinière.

J'avais arrêté l'opération, c'est-à-dire l'énucléation du névrome, lorsque le choléra vint enlever le malade.

M. Giraldès. Chez un malade mort dans le service de

M. Piedagnel, on a trouvé tous les nerfs de l'économie remplis de tumeurs semblables. Celles de pneumo-gastrique avaient le volume des deux doigts réunis. Rien pendant la vie n'avait pu faire pressentir une semblable lésion.

Les cordons nerveux ne se comportaient pas tous de la même manière. Tantôt ils passaient simplement à la partie postérieure, tantôt ils s'éparpillaient autour de la tumeur, de façon qu'à son centre la substance nerveuse proprement dite n'existait plus; d'autres fois les cordons traversaient toute la tumeur et se reconnaissaient facilement à sa sortie. Un membre de l'Institut avait cru voir dans ces lésions une exagération des tubes monoliformes; mais cette hypothèse n'est point admissible.

La multiplicité de ces tumeurs explique leurs récidives.

M. Morel-Lavallée. M. Giraldès a dit que dans quelques cas la snbstance nerveuse avait complétement disparu. Je ferai remarqner que partout dans ma tumeur on a retrouvé l'élément nerveux. Sur l'avant-bras j'ai trouvé une masse composée de grappes évidemment constituées par du tissu nerveux et reliées autour des nerfs.

M. Lenoir. Est-ce là un névrome? Je ne le pense pas. Le nom de névrome doit être réservé aux tumeurs constituées par un tissu anormal (du cancer, par exemple) déposé dans l'intérieur du nerf.

J'ai eu l'occasion d'opérer un véritable névrome du nerf médian. La tumeur formée par du tissu encéphaloïde, du volume d'un petit œuf de poule, occupait l'aisselle; le nerf médian s'éparpillait autour. Après l'extraction les mouvements furent abolis, mais seulement au bout de deux ou trois jours. Il n'est donc pas exact, comme cela a été imprimé dans les Bulletins de la Société anatomique, que la sensibilité ait été conservée.

Au bout de cinq ou six ans la malade est revenue portant dans l'aisselle opposée une pareille tumeur. Mais je l'ai perdue de vue, et j'ignore ce qu'elle est devenue.

M. Morel-Lavallée. Je veux bien qu'on réforme le nom de névrome; mais je ne vois pas pourquoi ma tumeur ne rentrerait point dans ce genre d'affection.

M. Michon. Peu importe de savoir si c'est la tumeur de M. Morel-Lavallée ou celle de M. Lenoir qui se trouve être un véritable névrome; ce qu'il importe de bien connaître, c'est le diagnostic. J'ai opéré une fois une tumeur *encagée* dans l'épaisseur du sciatique. Les mouvements se sont rétablis, quoique je sois certain d'avoir enlevé complétement le nerf et de l'avoir lié à sa partie supérieure avant d'en faire la section.

J'avais essayé la dissection de la tumeur avant de pratiquer la section du nerf, mais je fus obligé d'y renoncer, tant furent grandes les douleurs que ressentit le malade; ce fut au point que je craignis un instant qu'il n'expirât entre mes mains. Aussi, je doute très fort que M. Morel-Lavallée eût pu venir à bout de son opération.

M. Morel-Lavallée. Un cas semblable à celui de M. Michon s'est présenté à M. Velpeau en 1838; la tumeur a été énucléée, et le malade a parfaitement guéri.

M. Lenoir. L'énucléation complète d'un névrome me paraît aussi bien difficile. Je crois qu'il vaut mieux couper le nerf au-dessus de la tumeur, et renverser celle-ci pour rechercher si quelques filets nerveux ne passent pas derrière elle, puis faire l'extraction du névrome en conservant ces filets postérieurs, qui donnent de la sorte la possibilité de conserver l'influx nerveux.

— M. Vidal (de Cassis). Vous vous rappelez, Messieurs, l'homme que je vous ai amené pour une ulcération d'une grande partie de l'urètre occasionnée par un lupus. Vous vous rappelez que je vous demandai conseil sur l'opportunité et la nature d'une opération. Mon opération a consisté à aller à la recherche de l'urètre au périnée pour y établir un méat. Aller à la recherche de l'urètre sans conducteur, cela n'est

pas facile ; mais enfin j'ai réussi. Je me propose maintenant de sonder d'arrière en avant pour agrandir l'urètre.

La séance est levée à cinq heures.

Séance du 25 *avril* 1849.

Présidence de M. Cullerier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— M. Lenoir demande la parole à propos du procès-verbal, et rend compte de quelques expériences qu'il a entreprises autrefois sur des chiens, dans le but de s'assurer de l'état de la sensibilité après la section incomplète des nerfs. Il lui est arrivé une fois d'enlever les deux tiers de l'épaisseur du nerf sciatique ; au bout de deux semaines, la sensibilité était aussi parfaite qu'avant l'expérience.

M. Morel-Lavallée. L'expérience dont parle M. Lenoir conclut en faveur du procédé qu'il a indiqué à la dernière séance. Néanmoins, je persiste à soutenir qu'avant de faire la section du nerf, il faut constater l'impossibilité d'énucléer le névrome.

M. Lenoir. S'il n'y a qu'adossement de la tumeur au nerf, il est clair que l'énucléation est facile ; mais, dans la plupart des cas, celui de M. Michon, par exemple, les douleurs sont tellement intolérables qu'il vaut mieux de suite couper le nerf au-dessus de la tumeur.

— M. Deguise père, chargé d'un rapport verbal sur un mémoire imprimé du docteur Hubert Rodrigues, intitulé *Recherches sur la paralysie générale des aliénés*, donne lecture d'un travail sur le même sujet.

M. Rodrigues ayant envoyé un mémoire imprimé à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, et les statuts de la Société ne permettant point de délivrer le titre de membre correspondant aux auteurs de mémoires imprimés, la Société décide qu'une lettre de remercîment sera en-

voyée au docteur Rodrigues, à laquelle sera joint l'article du règlement qui concerne les membres correspondants.

MM. Larrey, Huguier, Debout et Lenoir expriment à M. Deguise père leurs regrets qu'il ne se soit pas livré à de plus longs développements sur la partie chirurgicale de son travail. La chirurgie des aliénés offre des particularités du plus haut intérêt; envisagée sous ce point de vue, elle eût fait du mémoire de M. Deguise père un travail tout à fait original.

— La séance est levée à cinq heures.

Séance du 2 mai 1849.

Présidence de M. Deguise fils.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. Monod lit un mémoire intitulé : *De la dilatation forcée comme moyen de traitement de la fissure à l'anus, avec constriction du sphincter.*

Dans ce travail, qui n'a trait qu'à la thérapeutique, M. Monod, après avoir fait l'historique de la méthode de M. Récamier, décrit la manière de procéder, ses effets immédiats et consécutifs; il montre, par des observations, comment s'opère la cicatrisation de la fissure; il examine ensuite quel est le mode d'action de la dilatation forcée, et émet l'opinion qu'il n'y a pas déchirure des fibres du sphincter, mais simplement une modification subite dans l'état nerveux du muscle, d'où résulte une paralysie momentanée suivie du retour à l'état normal. Après avoir prouvé par de nombreux faits que cette opération bien faite réussit presque constamment, et n'a jamais de suites fâcheuses, l'auteur établit un parallèle entre ce moyen de traitement et l'incision, et s'efforce de prouver qu'il n'est pas permis d'hésiter à donner la préférence à la méthode de M. Récamier. Quatorze observations accompagnent ce mémoire; l'une d'entre elles établit la possibilité de la contracture du sphincter interne sans lésion du sphincter externe.

M. Huguier. Depuis que j'ai entendu la communication de M. Maisonneuve sur le sujet traité aujourd'hui par M. Monod, j'ai expérimenté cinq fois le procédé de M. Maisonneuve, et cinq fois j'ai réussi. Une autre fois encore, j'ai opéré de la même manière, mais je n'ai eu aucune nouvelle de mon opéré, et j'ignore si la guérison s'est maintenue.

M. Chassaignac. Les détails donnés par M. Monod sur les suites de la fissure après l'opération me paraissent fort intéressants; pour ma part, je les ignorais. Je combats néanmoins l'opinion de M. Monod, qui veut préférer la dilatation à l'incision, et je me fonde sur deux points :

1° Il n'existe pas de terme précis à la dilatation;

2° La plaie qui persiste après l'opération est une plaie par déchirure, qui se trouve, par conséquent, beaucoup moins simple qu'une plaie faite par incision.

M. Monod énumère les accidents fâcheux qui peuvent survenir à la suite de l'incision; mais ces accidents sont si rares, eu égard à l'immense quantité des opérés, qu'ils deviennent presque insignifiants.

Quand les opérations par dilatation seront aussi nombreuses, nous verrons si elles ne sont pas suivies de récidives, nous compterons les accidents, et j'en prévois une foule à la suite de la dilatation forcée. En résumé, je ne vois pas de supériorité à cette méthode, et j'y vois, au contraire, de grandes chances d'accidents : les phlegmons, les déchirures des veines, etc.

M. Giraldès. Lorsqu'on emploie la dilatation, on sent le sphincter se déchirer sous les doigts; et cette déchirure est quelquefois assez grande pour s'étendre jusqu'à la muqueuse, qui cependant est bien plus extensible. La mécanique nous apprend qu'un fil forcé perd toutes ses propriétés; en physiologie, les choses doivent se passer de même. La pathologie nous montrera sans doute les résultats fâcheux de cette dilatation forcée. Les fibres du sphincter, distendus outre mesure,

détermineront sa paralysie, et il en résultera une incontinence des matières fécales.

M. Guersant. J'ai essayé une fois la dilatation du sphincter. Après avoir successivement introduit l'index et le médius de chaque main, j'ai encore fait pénétrer le doigt d'un aide pour augmenter la dilatation ; mais, le lendemain, j'ai aperçu une énorme ecchymose qui s'est étendue sur les fesses. Quatre à cinq jours après, il est survenu un abcès à deux centimètres en dehors de l'anus. J'ai redouté un instant l'établissement d'une fistule. Néanmoins, mes craintes ne se sont point réalisées, et l'abcès s'est cicatrisé. Je partage entièrement l'opinion de M. Giraldès ; je crois, comme lui, que la dilatation forcée doit occasionner la déchirure du sphincter.

M. Robert. Au point de vue pratique, le travail de M. Monod me paraît extrêmement important. Moi aussi, j'ai opéré trois malades par la dilatation, et je les ai guéris tous les trois. Cependant, l'inconvénient signalé par M. Chassaignac est majeur; il est effectivement impossible de préciser le degré de dilatation auquel on devra s'arrêter.

Boyer regardait la contracture comme cause de la fissure ; il est prouvé aujourd'hui que c'est le contraire qui a lieu. Aussi, les grandes incisions de Boyer ne se font plus ; Dupuytren se contentait d'inciser quelques fibres superficielles du sphincter au niveau de la fissure, et n'en guérissait pas moins ses malades. Si la manière d'opérer de Dupuytren suffit, et c'est mon opinion, elle doit soutenir le parallèle avec la méthode de M. Récamier. L'une opère par déchirure, l'autre par incision. Je donnerai la préférence à l'incision.

M. Maisonneuve. Vous vous rappelez, messieurs, que , lors de ma première communication, je vous ai dit que M. Récamier, en opérant la dilatation de l'anus, introduisait un doigt, puis deux, puis trois, puis enfin la main tout entière , et pratiquait ensuite ce qu'il nomme un massage cadencé. Je n'ai fait que proposer à M. Récamier de dilater l'anus simplement avec deux doigts. On demande : Quelle est la mesure de la

dilatation ? Elle réside dans la sensation perçue par le chirurgien au moment où le resserrement est vaincu. S'il est arrivé quelquefois des déchirures un peu considérables, des ecchymoses dans des cas de fissures très profondes, le plus habituellement il ne survient rien de semblable. Lorsque la fissure est superficielle, le malade est immédiatement guéri; quand elle est profonde, les douleurs persistent quatre ou cinq jours, puis cèdent à la suite de quelques bains de siége et de quelques lavements.

La constipation chez les femmes et chez certains vieillards est souvent occasionnée par un certain resserrement de l'anus. Ce resserrement et cette constipation cèdent très bien à la dilatation.

En présence de tous ces avantages, la dilatation forcée, que j'ai employée pour ma part plus de cinquante fois, me paraît être une conquête de la chirurgie contemporaine.

M. Morel-Lavallée. Je me suis servi trois ou quatre fois de la dilatation forcée. La première fois, en opérant transversalement et d'avant en arrière, j'ai produit quatre déchirures à la muqueuse; il a fallu recourir à plusieurs bains et à quelques lavements pour achever la guérison. Quant au muscle, je crois qu'il est difficile ou même impossible de le déchirer, à moins de déployer une force extraordinaire, surtout si on prend la précaution de ne l'exercer que dans le diamètre bisciatique.

M. Chassaignac. Les défenseurs de la dilatation forcée demandent à leur tour : Quelle est la mesure de l'incision? Cette mesure est extrêmement facile à connaître : on incise jusqu'à ce que le resserrement cesse. Le chirurgien est toujours maître de conduire et d'arrêter son bistouri, tandis qu'il ne peut modérer à volonté la dilatation. Je répète encore que, s'il y a une déchirure, il y a une plaie qui doit suppurer et qui se trouve par conséquent dans des conditions beaucoup moins favorables pour se cicatriser que s'il y avait une simple incision. Et aujourd'hui que la plupart des chirurgiens

sont d'accord pour admettre que la section pure et simple de la fissure suffit pour amener la guérison sans qu'il soit nécessaire de recourir aux mèches de Boyer, il est permis de soutenir que l'incision doit être préférée à la dilatation forcée.

M. Gosselin. Mon peu d'enthousiasme pour la dilatation est basé sur les raisons données par M. Chassaignac. J'ai eu quelquefois l'occasion de voir faire l'incision par des chirurgiens timides et qui négligeaient le pansement ; ces malades n'en guérissaient pas moins : en un mot, l'incision faite à peu de profondeur et sans pansement contentif peut donner les mêmes résultats que la dilatation. C'est pourquoi j'emploie volontiers cette dernière, mais je ne la trouve pas aussi merveilleuse que l'ont dit MM. Monod et Maisonneuve.

M. Larrey. Je crains aussi les accidents signalés par M. Chassaignac et, de plus, l'incontinence des matières fécales. Comme il m'a semblé que la fissure à l'anus était de beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme, on pourrait peut-être réserver la dilatation pour la femme, qui, on le sait, redoute à l'excès les opérations sanglantes.

M. Huguier. Les reproches que l'on adresse à la dilatation ne me paraissent point fondés; je crois même, au contraire, qu'ils sont plutôt applicables à l'incision. Les érysipèles, les hémorrhagies, la lésion des hémorrhoïdes, la filtration des matières fécales constituent des accidents qui ne sont pas très rares à la suite de l'incision, tandis qu'ils ne s'observent point après la dilatation. La déchirure que l'on produit pendant la dilatation, soit au niveau de la fissure, soit dans un ou plusieurs autres points de la muqueuse, ne comprend jamais toute l'épaisseur de la muqueuse et guérit très rapidement. Quant à la déchirure des veines placées sous la muqueuse, elle ne s'est pas encore rencontrée, et, fût-elle possible, qu'elle n'offrirait pas plus de danger que les opérations pratiquées sur les veines en ménageant la peau qui les recouvre.

M. Monod. Les objections de M. Chassaignac tiennent sans

doute à ce qu'il n'a pas encore pratiqué la dilatation forcée. M. Chassaignac nous a parlé d'hémorrhagies, de phlébites, etc., qui ne surviennent jamais. On n'est pas maître de ses mouvements, a-t-il dit encore; où est la précision, le critérium de la dilatation. Tout cela est inexact. Il est extrêmement facile de diriger ses mouvements; et quant au terme de la dilatation, M. Maisonneuve l'a déjà fait observer, il est marqué par la cessation de la résistance.

M. Giraldès a donné pour preuve de la déchirure du sphincter la sensation que l'on éprouve lorsque le resserrement cesse. Je crois que le sphincter n'est pas déchiré, par la raison que les malades vont de suite à la selle et que les jours suivants il ne survient rien.

M. Guersant, en pratiquant la dilatation, a observé une ecchymose, puis un abcès. Je ne ferai observer qu'une chose à M. Guersant, c'est que je ne recommande point le procédé dont il s'est servi.

M. Robert a dit que la fissure était la cause de la contraction du sphincter ; cette opinion est trop absolue : elle est tantôt la cause ou l'effet de l'affection.

M. Chassaignac. Je ne ferai plus qu'une remarque toute à l'avantage de l'incision, c'est que cette incision se pratique où l'on veut, tandis que la dilatation s'exerce forcément sur toute la circonférence de l'anus. Il en résulte que, par la première opération, on peut très aisément laisser de côté soit une tumeur hémorrhoïdale, soit une veine variqueuse ; tandis que, par la seconde, il n'est pas possible de les soustraire à la violence exercée sur le sphincter.

M. Loir. Avant de chercher à établir la supériorité de la dilatation sur l'incision avec son pansement habituel, je serais d'avis de poser la question suivante : L'incision superficielle sans pansement est-elle préférable à la dilatation forcée ? La réponse est dans les faits à venir.

M. Huguier. Puisque l'argument principal contre la dilatation est le défaut de précision dans l'étendue de la dilatation,

j'estime que trois pouces environ, dans le plus grand diamètre de l'anus, seront le terme auquel il faudra s'arrêter.

Le travail de M. Monod est renvoyé au comité de publication.

— M. Marjolin présente une pièce qui démontre, suivant lui, l'existence de tubercules enkystés dans l'un des condyles du tibia, ainsi que dans le péroné et le fémur.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Séance du 9 mai 1849.

Présidence de M. Cullerier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La parole est à M. Maisonneuve pour la lecture d'un mémoire, intitulé : *Luxation de l'articulation médio-carpienne en arrière.*

Dans l'observation qui fait la base du travail de M. Maisonneuve, unique dans la science, d'après notre collègue, les signes de la luxation sont les suivants : 1° Déplacement en totalité de la main vers la face postérieure de l'avant-bras; 2° saillies de 2 centimètres en avant, d'un centimètre en arrière, formées l'une par le carpe, l'autre par les os de l'avant-bras, la première placée à quelques lignes au-dessus de la seconde; 3° longueur égale au plan osseux carpo-métacarpien sur les deux membres; 4° même longueur des deux radius; 5° apophyses styloïdes du radius et du cubitus dans leurs rapports normaux; 6° position fléchie des doigts.

M. Maisonneuve termine son mémoire en faisant remarquer que ces signes sont exactement les mêmes que ceux attribués par M. Voillemier à la luxation radio-carpienne.

M. Robert entame la discussion en ces termes : Il me semble que dans la luxation proprement dite du poignet on peut sentir d'une part l'apophyse styloïde du radius, et d'autre part la saillie du carpe. Je me rappelle avoir vu cette saillie

du carpe sur une pièce qui a été présentée à la Société par M. Marjolin fils (1).

M. Maisonneuve. Dans le cas en particulier dont il s'agit, les saillies indiquées par M. Robert n'existaient point ; elles étaient masquées par les tendons. J'ai tenté quelques expériences sur le cadavre avec l'idée de rencontrer un signe différentiel; mais je n'ai jamais pu réussir à luxer la deuxième rangée des os du carpe.

M. Lenoir. Le signe différentiel recherché par M. Maisonneuve ne me paraît pas difficile à trouver. Ce signe, c'est la présence de pisiforme au-dessous du cubitus. Il est bien évident que, dans la luxation du poignet, la première rangée du carpe se déplaçant avec la main, on doit rencontrer une dépression au-dessous du cubitus. Or, dans la luxation de la deuxième rangée, le pisiforme reste forcément accolé au radius.

M. Michon. Je n'ai pas compris pourquoi M. Maisonneuve a cité les travaux de Dupuytren à propos de son mémoire; ces travaux n'ont aucune espèce de corrélation avec le sien.

Quant aux signes pathognomoniques donnés par MM. Robert et Lenoir, ils peuvent être vrais en théorie, faciles peut-être à rencontrer au moment même de l'accident lorsque la main n'est pas encore tuméfiée ; mais je crains qu'ils ne deviennent illusoires quand le gonflement sera survenu. Comment, en effet, porter un diagnostic certain en prenant des points de repères, tels que le pisiforme et le grand os ? Il est un signe négatif dans lequel j'aurai plus de confiance que la saillie du pisiforme ou du grand os; je veux parler de la non-existence d'une fracture à l'un des os de l'avant-bras.

Le mémoire de M. Maisonneuve est renvoyé au comité de publication.

---

(1) Dans la luxation de la deuxième rangée des os du carpe sur la première, la saillie du grand os doit se distinguer facilement de la saillie du carpe.

— M. Demarquay, prosecteur à la Faculté de médecine, présente à la Société plusieurs pièces anatomiques destinées à démontrer l'existence et la position véritable du muscle de Wilson. Beaucoup d'anatomistes, en particulier MM. Velpeau et Blandin, avaient regardé le muscle de Wilson comme une dépendance et une continuation du releveur de l'anus. M. Denonvilliers, et après lui M. Gosselin, ont déjà publié des travaux ayant pour but de combattre cette opinion et de montrer qu'indépendamment du releveur de l'anus il y avait des fibres musculaires séparées de ce dernier par des lames aponévrotiques. M. Guthrie, en Angleterre, a donné une description analogue. Cependant les idées ne sont peut-être pas encore bien fixées sur ce sujet. M. Demarquay fait donc voir trois préparations sur lesquelles on aperçoit très bien des fibres musculaires partant des branches ascendantes de l'ischion et descendante du pubis, et allant passer les unes au-dessus, les autres au-dessous de la partie membraneuse de l'urètre qui s'engage à travers elles comme dans une boutonnière. Ces fibres sont manifestement séparées du releveur de l'anus par l'aponévrose latérale de la prostate. Du reste, M. Demarquay n'a trouvé sur aucune pièce les fibres insérées au bas de la symphyse pubienne que Wilson avait indiquées, et que M. Gosselin décrit également.

M. Gosselin. Cette question est intéressante au point de vue des rétrécissements spasmodiques. Les fibres les plus antérieures du releveur de l'anus ne sont pas en contact assez immédiat et n'entourent pas assez la portion membraneuse pour que leur contraction puisse apporter un obstacle momentané à l'émission de l'urine. Au contraire, les fibres que nous fait voir M. Demarquay sont bien disposées pour qu'une contraction violente produise cet effet. Ces fibres, qui constituent le vrai muscle propre à l'urètre, présentent d'ailleurs des variétés quant à leur nombre et à leur situation. Quelquefois elles s'insèrent exclusivement aux branches ascendante de l'ischion et descendante du pubis, comme sur les

pièces que nous avons sous les yeux ; d'autres fois elles viennent exclusivement de la symphyse pubienne, comme je suis certain d'en avoir observé des exemples, ou bien tout à la fois de la symphyse pubienne et de sa branche descendante, ainsi que l'a indiqué Guthrie. Ces variétés me paraissent expliquer suffisamment la divergence qui existe entre la description de M. Demarquay et la mienne.

M. Giraldès. Les fibres musculaires dont on vient de parler, et qui sont, en effet, bien distinctes du releveur de l'anus, me paraissent être une continuation de l'appareil musculaire du col vésical, comme l'a déjà indiqué Santorini. En effet, quelques-unes de ces fibres passent au-dessous des ligaments antérieurs de la vessie, le long de la prostate, arrivent à la portion membraneuse de l'urètre, et reviennent du côté opposé vers le col vésical; celles du côté droit s'entre-croisent avec celles du côté gauche, d'où il résulte une disposition en 8 de chiffre.

M. Denonvilliers représente par plusieurs dessins faits sur le tableau la disposition des aponévroses périnéales, et montre comment, en effet, les fibres qui constituent le muscle de Wilson sont placées entre les deux feuillets de l'aponévrose périnéale moyenne, et se trouvent par conséquent tout à fait distinctes du releveur de l'anus. La plupart des anatomistes ont donc eu le grand tort de regarder le muscle de Wilson comme un faisceau du releveur.

M. Chassaignac. Je ne conteste nullement la disposition du muscle de Wilson, telle que la montrent les pièces placées sous nos yeux. Mais il me semble que le releveur de l'anus est placé de façon à pouvoir agir sur l'urètre; il forme, en se réunissant avec celui du côté opposé, une sorte d'anse à concavité tournée en haut et en arrière, qui embrasse la partie inférieure du canal. Dans ses contractions, l'anse musculaire peut bien presser sur le canal et l'aplatir; c'est donc une action ajoutée à celle du muscle de Wilson.

M. Gosselin. Sans doute l'effet dont parle M. Chassaignac

est incontestable, et cette contraction du releveur a lieu après chaque miction pour imprimer à l'urètre une secousse qui contribue à débarrasser ce conduit des dernières gouttes d'urine; mais je dis seulement que cette contraction du releveur ne pourrait aller jusqu'à fermer l'urètre et faire obstacle à l'émission de l'urine, ce que peut faire au contraire le muscle de Wilson.

M. Giraldès. Je ne crois pas, comme M. Chassaignac, que le releveur de l'anus puisse comprimer le col de la vessie lors de sa contraction, et cela par une raison très simple et tout anatomique. Ce muscle est séparé du col de l'organe par l'aponévrose de la prostate; ensuite, dans les efforts de contraction, il ramène l'anus en haut près de son origine, et ne peut d'aucune façon comprimer le col de la vessie. M. Chassaignac confond l'action des fibres antérieures du rectum avec celle du muscle releveur. En effet, les fibres antérieures du rectum s'insèrent au ligament transverse, et se confondent avec quelques-unes des fibres postérieures de la vessie; dans l'acte de défécation, la contraction de ces fibres agit nécessairement sur le col vésical.

— M. Robert présente à la Société une pièce d'anatomie pathologique qui offre, suivant lui, un exemple de tumeur colloïde, à l'état de crudité, de la mamelle.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Séance du 16 *mai* 1849.

Présidence de M. Cullerier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adoptée.

M. Robert donne les détails suivants sur la tumeur du sein qu'il a présentée à la Société dans la précédente séance.

Au mois de mai 1848, il fut consulté par une dame âgée de quarante-cinq ans affectée depuis cinq ans de métrorrhagie, alternant avec des flueurs blanches. Il constata la présence d'un corps fibreux du volume d'un petit abricot, pédiculé et implanté à la surface interne du col de l'utérus.

Cette dame portait en outre au sein gauche une tumeur volumineuse dont voici les antécédents. Pendant plusieurs années une petite tumeur du volume d'une noisette, mobile, dure, indolente, existait à ce sein en dehors du mamelon et superficiellement placée.

La malade n'y fit aucune attention; mais en janvier 1847, mettant un gant avec force sur sa main gauche, sa main droite lui échappa, et vint de toute sa force heurter le sein gauche. A dater de cette époque le sein devint plus volumineux, et ne cessa de s'accroître sans causer d'autre incommodité que sa pesanteur et quelques élancements avant l'époque des règles.

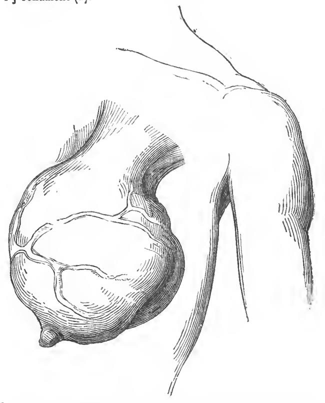
Lorsque M. Robert examina la malade, le sein était hémisphérique et offrait le volume du poing; le mamelon était saillant; la peau offrait une teinte rosée; des veines blanchâtres en sillonnaient la surface en divers points, surtout en haut. La tumeur elle-même était légèrement bosselée, dure, quoique douée d'une certaine élasticité, parfaitement circonscrite, sans adhérences, soit du côté de la peau, soit à sa face profonde. Il n'y avait pas de ganglions engorgés dans la cavité axillaire.

Les caractères physiques de cette tumeur, joints à sa consistance avec un polype fibreux dans le corps de l'utérus, la firent regarder par M. Robert comme étant aussi de nature fibreuse. Néanmoins, et malgré sa bénignité, l'extirpation en fut jugée nécessaire à cause de son volume et de ses progrès incessants.

La malade fut d'abord débarrassée du polype utérin, cause d'accidents graves auxquels il était urgent de porter remède. Mais quand elle fut rétablie des suites de cette opération, elle voulut différer l'amputation du sein. Ce ne fut qu'un an plus tard qu'elle fut de nouveau soumise à l'observation de M. Robert. A cette époque, la tumeur avait presque doublé de volume, et égalait à peu près celui des deux poings. Ses caractères physiques étaient restés les mêmes; seulement par

l'effet de sa pesanteur, son sommet ou sa partie la plus saillante s'était abaissé, et sa base s'était comme détachée de la poitrine, ce qui lui donnait une forme presque pédiculée ; circonstance que présente aussi l'évolution des corps fibreux dans les autres parties du corps.

L'extirpation en fut pratiquée le 5 mai 1849, et n'offrit rien de remarquable, si ce n'est la facilité avec laquelle la tumeur put être isolée et le petit nombre de vaisseaux qui s'y rendaient (1).



(1) L'objet de cette figure est surtout de montrer la forme pédi-

Cette tumeur pesait 600 grammes. La dissection fit reconnaître qu'elle s'était développée à la face profonde de la glande mammaire, et qu'elle lui était intimement unie. Celle-ci était aplatie, très amincie, et en recouvrait presque toute la surface antérieure.

Persuadé que cette tumeur était un corps fibreux, analogue à ceux que l'on rencontre si fréquemment dans l'utérus, M. Robert fut très étonné, lorsqu'il l'eut fendue, de lui trouver une structure bien différente. Elle était parcourue en sens divers par des faisceaux irréguliers d'un blanc nacré, très denses, sans apparence de fibres. Dans les intervalles qu'ils laissaient entre eux, on voyait des cavités plus ou moins vastes tapissées par une membrane lisse, très mince, d'apparence séreuse, contenant un liquide filant et comme synovial; dans ces cavités proéminaient des saillies mamelonnées d'un volume variable, formées d'une matière gélatineuse, paraissant contenir dans les interstices un tissu lamineux très fin.

L'analyse microscopique a fourni à M. Lebert les résultats suivants : Tissu composé de fibres fines entourées d'une substance demi-transparente, qui par places est beaucoup plus abondante que les fibres; celles-ci, au contraire, prédominent dans d'autres endroits. On y reconnaît, de plus, beaucoup de noyaux fibro-plastiques, ronds ou allongés, renfermant un petit nucléole. On voit enfin de nombreux corps fusiformes très allongés, surtout dans les portions de la tumeur qui, par leur teinte d'un blanc mat, tranchent sur les portions jaunâtres et gélatiniformes du tissu de la tumeur. En résumé, ce tissu appartient à celui décrit par M. Lebert comme fibro-colloïde de bonne nature, et qui n'a aucune connexion avec le cancer.

En présence de ces résultats, continue M. Robert, il est im-

---

culée de la tumeur et les vaisseaux qui rampaient à sa surface. De semblables vaisseaux existaient dans l'intérieur.

possible d'assimiler cette tumeur aux corps fibreux que l'on rencontre dans l'utérus, et que, suivant M. Cruveilhier, on peut rencontrer dans les mamelles. Elle en diffère essentiellement, 1° par les faisceaux blancs nacrés très denses, sans apparence de fibres ; 2° par le liquide filant et comme synovial contenu dans les cavités qu'isolent ces vaisseaux ; 3° et surtout par les mamelons de matière gélatiniforme proéminants dans ces cavités.

M. Robert lui laissera donc volontiers le nom de tumeur fibro-gélatineuse, ou celui de fibro-colloïde que M. Lebert lui a donné.

M. Nélaton. Depuis la dernière séance, j'ai jeté un coup d'œil sur les tumeurs décrites par M. Cruveilhier, et j'ai acquis la conviction qu'il est impossible de trouver une description plus conforme à la tumeur apportée par M. Robert.

M. Giraldès. Je me suis servi de l'anatomie et du microscope pour étudier la tumeur de M. Robert. Ce qui m'a paru le plus curieux, c'est l'immense quantité de vaisseaux artériels et veineux qui parcourent les mamelons renfermés dans les cavités. Je m'oppose au nom de fibro-colloïde, par la raison qu'il n'y a pas une seule cellule colloïde. Tout au plus pourrait-on appeler cette tumeur fibro-cistique.

M. Chassaignac. Si on classe dans les tumeurs de M. Cruveilhier la tumeur de M. Larrey et celle de M. Robert, il faut convenir que ces tumeurs sont composées d'éléments bien divers. Evidemment la tumeur de M. Larrey ne ressemble en rien à celle de M. Robert.

M. Larrey. J'appuie les raisons de M. Chassaignac. La tumeur que j'ai soumise à l'examen de la Société offrait une masse complétement homogène, entièrement fibreuse, ne renfermait ni cavités, ni liquide gélatiniforme, et n'avait par conséquent aucune analogie avec la tumeur de M. Robert.

M. Michon. Je pense que la tumeur présentée par M. Robert appartient à la grande classe des tumeurs fibreuses. Dupuytren avait déjà professé que ces tumeurs contenaient sou-

vent des cellules renfermant des masses gélatiniformes susceptibles quelquefois de devenir pierreuses. La tumeur de M. Robert n'est qu'un produit fibreux dans l'intérieur duquel ont pris naissance des éléments étrangers.

M. Nélaton. La tumeur de M. Robert est précisément celle décrite par M. Cruveilhier sous le nom de tumeur fibreuse avec œdème. Je rappellerai qu'il y a quatre ans j'ai montré une tumeur fibreuse de la matrice, curieuse en ce sens qu'elle présentait des veines assez volumineuses qui s'étaient enflammées; ces veines, en s'oblitérant au pédicule de la tumeur, l'avaient rendue œdémateuse.

M. Robert. M. Cruveilhier a dit qu'il se développait dans la mamelle des corps fibreux analogues à ceux de l'utérus. Je ne m'inscris point contre cette assertion ; mais je demanderai si parmi les variétés de corps fibreux il s'en est jamais rencontré une qui ait présenté des masses semblables à celles de ma tumeur. Pour ma part, je réponds négativement. Il faut donc conclure qu'il existe une différence fondamentale entre ma tumeur et celles vulgairement appelées tumeurs fibreuses ; et, à moins de faire confusion, il est indispensable de lui laisser une qualification qui la différencie.

M. Chassaignac. Je me range d'autant plus volontiers à l'opinion de M. Robert que les corps fibreux de l'utérus sont toujours identiques ; qu'ils constituent une espèce à part, non susceptible d'être confondue, et qu'ils ne se laissent jamais infiltrer par des produits semblables à ceux que renfermait la tumeur de M. Robert.

M. Michon. Qu'on admette une tumeur fibreuse comme modèle des corps fibreux, très bien ; mais qu'on affirme que ces tumeurs fibreuses n'ont jamais renfermé autre chose que du tissu fibreux, je crois qu'on a tort, et je persiste à déclarer que j'ai vu des tumeurs fibreuses offrant des cavités à parois séreuses, et renfermant des liquides de couleur et de consistance diverses.

M. Robert. Suivant Bayle et Laennec, la tendance à l'état

osseux est le caractère spécifique des corps fibreux. Or, il est évident que la tumeur que j'ai présentée ne pouvait avoir une terminaison semblable ; rien dans sa structure ne pouvait faire pressentir une pareille évolution. Donnez donc à ma tumeur le nom que vous voudrez, mais différenciez-la des corps fibreux.

M. Giraldès. Votre tumeur a tous les caractères de la tu meur fibreuse ; seulement il s'est développé chez elle des fibres de nouvelle formation. Dans la matrice, deux ordres de tumeurs fibreuses peuvent se présenter : les unes tendant à s'ossifier, les autres renfermant une ou plusieurs cavités et susceptibles de se ramollir.

Il y a quelque temps, M. Velpeau a enlevé, au creux du jarret, une tumeur lobulée diagnostiquée comme encéphaloïde. L'examen anatomique et microscopique a démontré que c'était une tumeur fibreuse avec une cavité contenant un liquide comme synovial.

La tumeur de M. Robert a tous les caractères physiques, anatomiques et microscopiques de la tumeur fibreuse ; il ne peut pas l'appeler fibro-colloïde, puisqu'elle ne renferme pas une seule parcelle de tissu colloïde.

M. Chassaignac. Je ferai remarquer que l'expression colloïde, en langage micrographique, signifie gélatineux.

M. Gosselin. Nous ne nous entendons point sur le mot colloïde. M. Giraldès a eu tort de dire que la tumeur de M. Robert n'avait pas le caractère colloïde. Laennec, en se servant de cette expression, a voulu exprimer une forme de gelée. C'est donc une forme extérieure qui peut coïncider avec le cancer, mais qui peut exister sans lui. Les micrographes modernes ont parfaitement établi qu'il n'y avait pas d'élément microscopique spécial pour le tissu colloïde, et que la cellule cancéreuse tantôt se rencontrait, tantôt manquait dans les tissus morbides qui avaient l'apparence gélatineuse.

M. Larrey. Les micrographes sont loin d'être d'accord, je ne dirai pas avec les chirurgiens, mais même entre eux ; et il

me paraît nécessaire, pour éviter, sinon l'erreur, du moins la confusion, de nous en rapporter un peu plus à nos sentiments chirurgicaux. Je proposerai d'appeler cette tumeur fibro-gélatiniforme.

— M. Guersant présente une pièce d'anatomie pathologique : c'est une main d'enfant dont tous les doigts sont palmés. Les artères collatérales offrent ceci de particulier que leur bifurcation est beaucoup plus éloignée que dans l'état normal, au point que, si on eût fait la section des palmes, on eût inévitablement lésé ces artères.

M. Larrey fait remarquer que ce vice de conformation se présente quelquefois chez les conscrits ; toutefois, la palme n'atteint ordinairement que le niveau de la deuxième phalange.

M. Guersant. Il est fâcheux qu'on ne puisse savoir si ces conscrits avaient été opérés dans leur jeune âge. Cette persistance de la palme viendrait à l'appui de l'opinion de Chélius, qui veut qu'on opère tard.

M. Morel-Lavallée. Il est un renseignement qui me paraîtrait beaucoup plus important et qui jugerait bien mieux l'opportunité de l'opération : il faudrait s'enquérir si la membrane s'est étendue avec l'âge des sujets.

M. Nélaton. L'observation de M. Morel-Lavallée soulève une question des plus intéressantes, à savoir : si les cicatrices sont susceptibles de prendre de l'accroissement, de l'étendue sur les surfaces qu'elles protégent. Ma conviction est que les cicatrices grandissent ; je suis certain qu'elles participent au développement des organes, à moins toutefois qu'elles n'en soient empêchées par quelque circonstance particulière.

M. Guersant. Je crois qu'il faut distinguer deux cas, suivant que les cicatrices sont produites par des lésions congéniales ou bien par des lésions accidentelles.

M. Nélaton. La cicatrice, quelle qu'en soit la cause, grandit avec l'enfant.

M. Morel-Lavallée. Il doit cependant exister une différence entre la cicatrice d'une palme et celle d'une brûlure.

De plus, il me semble que, suivant qu'une cicatrice affectera telle ou telle région, qu'elle sera superficielle ou profonde, que la partie aura été maintenue immobile ou qu'on lui aura imprimé quelques mouvements, il devra se présenter des résultats divers. Je demanderai à M. Nélaton quelles sont les observations qu'il a pu faire à cet égard.

M. Nélaton. Je ne suis pas encore en mesure de répondre aux questions posées par M. Morel-Lavallée.

M. Chassaignac. M. Nélaton dit que le tissu cicatriciel grandit, mais il ne dit pas dans quelle étendue. Maintenant, nous savons tous combien est grande la tendance du tissu inodulaire à se rétrécir de plus en plus ; comment donc cette propriété peut-elle être compatible avec cet agrandissement des cicatrices dont parle M. Nélaton?

M. Nélaton. Si M. Chassaignac veut poser en principe que la cicatrice se rétrécit toujours, je suis certain qu'il se trompe. S'il est avéré que pendant un temps donné le tissu inodulaire rétrécit, il n'est pas moins vrai qu'au bout d'une époque que je ne limite pas, ce même tissu inodulaire disparaît, et la cicatrice du tissu fibro-cellulaire participe alors à l'agrandissement des organes.

Comme preuve de l'extensibilité des cicatrices, je citerai le fait d'un enfant de quinze ou seize ans dont la surface dorsale du pied fut brûlée peu de temps après sa naissance. Aujourd'hui la cicatrice est six fois plus graude que n'était le pied au moment de la brûlure.

M. Lenoir. Je me rappelle un fait qui m'a d'autant plus frappé que je ne m'y attendais point. Il y a deux ans environ, j'ai traité une femme pour un ectropion à la paupière supérieure, survenu à la suite d'une pustule maligne. A l'aide de la compression seule, je suis parvenu à rendre à la paupière une longueur telle qu'elle a pu et peut encore recouvrir le globe oculaire.

Pour revenir à la pièce présentée par M. Guersant, je suis d'avis qu'on peut attendre quand il s'agit de palmes congé-

niales, mais qu'il faut se hâter d'opérer quand il s'agit de cicatrices vicieuses ; sans cela, les articulations perdent tous leurs mouvements. Chez un enfant qui était dans ce cas, j'ai eu de grandes difficultés à étendre les doigts, parce que j'ai trouvé de la part des articulations une résistance extraordinaire.

M. Chassaignac. Il résulte de la discussion qu'on peut reconnaître deux périodes dans les cicatrices : 1° période inodulaire, période de rétrécissement ; 2° période de tissu fibreux, période d'accroissement.

M. Morel-Lavallée. J'ajouterai, pour terminer, qu'outre les périodes signalées par M. Chassaignac, il est deux points qu'il ne faut pas confondre : l'accroissement spontané des cicatrices et l'extension des cicatrices par des procédés chirurgicaux.

M. Marjolin. On serait tenté de croire au premier abord, comme vient de le dire M. Guersant, que l'opinion de Chélius se trouve en opposition avec celle de M. Nélaton ; je crois que c'est une erreur. L'opinion de ces deux chirurgiens se trouve basée sur l'observation ; seulement, je ferai remarquer qu'il faut bien se garder de confondre ici deux questions qui me semblent très différentes.

M. Nélaton a dit, et c'est un fait connu de tous les praticiens, que bon nombre de cicatrices grandissent avec l'âge à mesure que les parties se développent, et que la plupart du temps, lorsque les pansements ont été faits d'une manière convenable, rarement les tissus environnants se trouvent tiraillés, même lorsque la peau a été détruite dans sa presque totalité.

Pour ma part, et il n'est personne d'entre nous qui n'en ait vu des cas, j'ai vu, soit sur les pieds, soit au cou, des cicatrices qui étaient fort petites dans l'enfance et qui ont pris avec l'âge un accroissement proportionnel aux parties environnantes.

Ces faits peuvent-ils détruire ici le résultat de l'expérience

du professeur de Heidelberg ? Je ne le pense pas ; il n'y a là aucune ressemblance, aucune analogie.

Dans un cas, l'observation a porté sur des cicatrices d'individus bien conformés ; ici, au contraire, il y a à considérer non-seulement la cicatrice, mais le vice de conformation auquel on a voulu remédier. Chez les individus à doigts palmés, le vice de conformation n'est pas toujours le même : il y a des cas dans lesquels ce n'est qu'une simple agglutination des doigts les uns contre les autres, et chez d'autres les prolongements membraneux sont larges, plus ou moins prolongés vers l'extrémité des doigts ; en un mot, ils ont la même configuration que chez les palmipèdes.

Seulement, le défaut de conformation n'atteint pas chez tous le même degré. Ce qui fait maintenant que l'opération n'atteint pas son but, lorsqu'elle est pratiquée avant l'entier développement de l'individu, c'est qu'il n'y a pas de moyen connu pour empêcher le développement d'un membre ou d'une partie d'un membre. On peut l'atrophier, le courber, le dévier, en un mot, mais il faut que, par suite d'une loi naturelle, il atteigue en longueur un développement proportionnel aux autres parties du corps.

Maintenant, je ne rapporterai plus qu'une observation pour rendre ma pensée plus claire. Voyez ce qui se passe dans un bec-de-lièvre congénial ou accidentel, suivant qu'il occupe toute la hauteur de la lèvre ou seulement la moitié : lorsqu'on opère un enfant très jeune d'un bec-de-lièvre complet, la lèvre et la cicatrice, qui avaient à peine un centimètre d'étendue d'abord, atteindront plus tard le double d'étendue.

Dans le bec-de-lièvre incomplet, la partie intacte, examinée plus tard, aura pris un accroissement proportionnel à celui de la cicatrice.

Quant à ce qui est des cicatrices provenant de brûlures, d'arrachement ou d'autres causes accidentelles, je crois qu'on peut s'opposer à des adhérences et à des cicatrisations vicieuses en luttant d'adresse et de persévérance. Ces soins doivent

dans certaines parties se continuer jusqu'à ce que la cicatrice ait perdu toute force d'attraction et de rétraction ; tant qu'on n'a pas atteint cette période, on n'est pas à l'abri des déformations.

Autant que possible, on doit opérer de très bonne heure les cicatrices vicieuses ; plus on tarde, plus les adhérences ont de force et plus les parties voisines ont souffert dans leur configuration ; ce point est surtout important dans les brûlures des pieds ou des mains ; si on tarde trop, on trouve souvent les os, les articulations déformés, et alors il est presque impossible de rétablir les mouvements ou l'usage des parties malgré les opérations les mieux conçues.

— M. Nélaton. Il y a dix jours, j'ai opéré un jeune homme de 15 ans affecté d'une hernie étranglée datant de huit jours. L'état était grave : le ventre était ballonné ; la tumeur dure, douloureuse. L'opération faite, un purgatif fut administré, qui fut sans effet. Un second purgatif ne servit pas davantage. Les accidents d'étranglement persistant, je me décidai à pratiquer sur la ligne médiane une ponction pure et simple de l'intestin avec un petit trocart. Il sortit un peu de gaz et un peu de liquide stercoral, la moitié d'un verre environ. L'abdomen fut recouvert de vessies pleines de glace. Les vomissements persistant, les selles ne se rétablissant pas et la face s'altérant de plus en plus, je me décidai à imiter la conduite de M. Maisonneuve. Je cherchai une anse intestinale, que j'amenai à la plaie faite pour le débridement herniaire, et je l'incisai. Il s'écoula de suite une grande quantité de matières fécales. Les selles se sont rétablies. Il reste maintenant un anus contre nature que j'espère guérir.

M. Marjolin. J'ai opéré à l'hôpital de Bon-Secours une femme qui portait une hernie crurale étranglée. La tumeur était oblongue, rouge par suite du taxis. Lorsque j'incisai, je trouvai le sac presque immédiatement sous la peau. Le débridement fut fait sur le ligament de Gimbernat. Après l'opération, saignée, sangsues, bains. Les matières fécales ne se

sont rétablies qu'au bout de huit à dix jours, à la suite d'un établissement spontané d'un anus contre nature, qui se guérit tout seul huit jours après.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Séance du 23 *mai* 1849.

Présidence de M. Cullerier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Nélaton communique le fait suivant :

Il y a trois à quatre semaines, un jeune homme de vingt-huit ans, plein de santé, fut réveillé pendant la nuit par un coup de couteau qui traversa les parois de l'abdomen et donna lieu à l'issue d'une certaine quantité d'épiploon.

Lorsque le blessé fut conduit à l'hôpital, son visage était coloré; son pouls était à l'état normal. L'épiploon fut réduit par l'élève de garde, et jusqu'au troisième jour il ne survint pas le plus léger accident. Le ventre n'était pas tuméfié, ni douloureux; la face conservait ses couleurs; il n'y avait ni hoquets, ni vomissements.

Le troisième jour, à ma visite, je trouvai le malade complétement décoloré, avec un pouls d'une petitesse et d'une fréquence extrêmes. Plusieurs vases de nuit avaient été remplis de sang par les gardes-robes. Quelques heures après le malade était mort.

A l'autopsie, lorsque l'abdomen fut largement ouvert, il me fut impossible d'apercevoir le moindre vestige de péritonite. Tout le paquet intestinal fut manié à plusieurs reprises, et je ne trouvai absolument rien qu'une petite ecchymose sur un point de l'intestin grêle. Cet intestin fut ouvert à peu de distance de son abouchement dans le cœcum, pour l'introduction d'un tube avec lequel j'insufflai à différentes reprises sans pouvoir rencontrer la trace de la plaie intestinale.

La portion ecchymosée de l'intestin fut examinée à contre-jour par plusieurs personnes; elles n'y purent rien découvrir. L'intestin était aussi régulier que possible. Ce ne fut qu'après avoir fendu l'intestin que je remarquai un petit caillot à son intérieur. Il existait une solution de continuité à la muqueuse au niveau d'une valvule, et au fond de la solution de continuité se rencontrait une artère coupée. Au point de vue de la médecine légale, ajoute M. Nélaton, ce fait a une grande importance; il démontre en effet la possibilité de la cicatrisation en soixante-douze heures d'une plaie au péritoine, cicatrisation qui s'est opérée sans laisser la moindre trace.

M. Larrey. M. Nélaton a parlé d'une réduction de l'épiploon; cet épiploon a peut-être pu faire l'office d'un bouchon et s'opposer au passage du sang dans la cavité péritonéale.

M. Loir. Peut-être la lésion artérielle n'a-t-elle été que consécutive à la plaie abdominale. Peut-être s'est-il passé là quelque chose d'analogue à ce que nous voyons quelquefois chez les individus qui ont une fièvre typhoïde : une hémorrhagie mortelle survenant tout à coup et dont on trouve la cause, à l'autopsie, au fond d'une ulcération.

— La séance est levée à cinq heures.

Séance du 30 *mai* 1849.

Présidence de M. Cullerier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance. — Quatre mémoires imprimés de M. Laborie pour servir de titres antécédents à sa candidature comme membre de la Société :

1° Débridement du col de l'utérus dans les cas où l'état de contraction de cet organe devient un obstacle à l'accouchement;

2° Accouchement prématuré artificiel suivi de succès pour la mère et l'enfant;

3° Hydrorachis lombo-sacré. Nouveau procédé opératoire mis en pratique par M. le professeur P. Dubois ;

4° Dans quelles circonstances, en faisant abstraction des vices de conformation du bassin, est-il indiqué de provoquer l'accouchement ?

— Une lettre de M. Boinet dans laquelle il se porte candidat comme membre de la Société et demande à faire la lecture de deux mémoires originaux.

— La parole est à M. Huguier pour une présentation de malade.

Il s'agit d'une petite fille de huit ans environ qui eut, à l'âge de quatre mois, la joue droite entièrement brûlée, ainsi que la paupière inférieure. Il était résulté de cet accident une large cicatrice, qui s'étendait jusqu'au menton et tiraillait tellement les parties molles que le globe oculaire, constamment découvert, était devenu le siége d'une irritation permanente.

M. Huguier, qui avait déjà eu recours avec succès au procédé imaginé par M. Maisonneuve chez un jeune homme dont la paupière supérieure avait été détruite par une pustule maligne, ainsi que par quelques cautérisations pratiquées contre cette affection, employa de nouveau ce procédé et raconte à peu près en ces termes les détails de son opération :

J'incisai le bord libre de la paupière supérieure à sa face interne de manière à ménager les cils et le cartilage tarse ; puis je me comportai de même à l'égard des téguments qui remplaçaient la paupière inférieure. Cela fait, je pratiquai dans l'épaisseur de la joue trois incisions profondes et horizontales, qui me permirent d'accoler assez facilement la paupière supérieure à cette portion des téguments dont je voulais faire une paupière inférieure. J'établis cinq points de suture pour obtenir l'adhésion de ces parties.

Les plaies provenant des trois incisions de la joue furent remplies de charpie, afin d'obtenir une cicatrice aussi large que possible.

Un mois et demi s'est écoulé depuis l'opération, et l'on peut

voir qu'il existe aujourd'hui une paupière inférieure concourant avec la supérieure à recouvrir entièrement le globe oculaire. La réunion des paupières a seulement eu lieu dans les angles interne et externe, et manque en partie vers le milieu.

M. Lenoir. Je crois que les opérés par le procédé de M. Huguier doivent être revus plusieurs fois après l'opération. En effet, les brides se rétablissent souvent, et rendent la difformité plus considérable qu'avant l'opération. Quant au procédé de M. Huguier, il n'est pas neuf, c'est celui de Celse reproduit par Bordenave ; Louis et les chirurgiens qni l'ont suivi ont insisté sur les grandes chances de récidive qu'il présente. Je préférerais de beaucoup le procédé d'Ammon.

M. Huguier. Je sais fort bien que les incisions pratiquées sur des brides reproduisent à la longue la même difformité ; mais je ferai remarquer à M. Lenoir que le mode de pansement que j'ai institué me mettra probablement à l'abri de cet inconvénient. Je ferai encore remarquer à M. Lenoir que Celse et Bordenave n'unissaient point les deux paupières pour s'opposer à leur renversement consécutif. M. Lenoir aurait préféré le procédé d'Ammon ; si je ne l'ai pas employé, c'est que ce procédé donne une paupière très œdémateuse, tandis que la paupière que j'ai restaurée ressemble beaucoup à l'autre. La peau est lisse, assez mince, et la rougeur qu'elle présente aujourd'hui disparaîtra plus tard.

M. Morel-Lavallée. Je combats l'opinion de M. Lenoir par un de ses succès. Notre honorable collègue nous a dit en effet, à l'avant-dernière séance, qu'il avait refait une paupière à l'aide de la compression seule. Le procédé qu'a employé M. Huguier n'est, en définitive, qu'une compression maintenue par l'occlusion des deux paupières.

M. Vidal. Le tissu inodulaire, résultat des incisions multiples pratiquées par M. Huguier, reproduira très probablement la difformité ; tandis que le procédé que j'ai conseillé met à l'abri de cette récidive. Mon procédé consiste à faire trois incisions en V qui cernent le tissu inodulaire qu'on en-

lève; de l'extrémité supérieure de chaque angle du triangle part une incision horizontale selon la direction du cartilage tarse. Je pratique ensuite une autre incision du milieu de ce même cartilage, qui forme alors deux lambeaux que je relève vers la paupière supérieure. Ces deux lambeaux sont ici l'imitation de ceux proposés par M. Clémot pour éviter l'encoche à la suite de l'opération du bec-de-lièvre. Ces lambeaux maintenus rapprochés par leurs bords saignants, je dissèque les deux bords du triangle, je les réunis sur la ligne médiane, et j'obtiens de la sorte une seule cicatrice linéaire. La paupière inférieure est alors fort relevée par une espèce de mamelon qui part de son milieu et s'efface avec le temps.

M. Lenoir. Les anciens qui pratiquaient les sections horizontales dans l'épaisseur de la joue avaient la précaution de maintenir la paupière relevée. Je n'ai jamais vu, comme le dit M. Huguier, que le procédé d'Ammon ait l'inconvénient de donner une paupière boursouflée, ni œdémateuse. M. Morel-Lavallée me combat en rappelant un fait que j'ai cité, et dans lequel j'ai pu effectivement étendre la cicatrice au moyen de la compression. M. Morel-Lavallée doit se rappeler qu'en citant ce fait j'ai ajouté que le résultat avait été pour moi fort inattendu. D'ailleurs, c'est là un de ces faits isolés dont on ne peut rien conclure. En résumé, tout en reconnaissant le succès présent de M. Huguier, j'exprime l'inquiétude de voir reparaître plus tard la difformité, et je désirerais que la malade nous fût représenté dans quelque temps.

M. Huguier. Si je n'ai pas employé le procédé de M. Vidal, c'est que je n'aurais pu enlever tout le tissu cicatriciel qui s'étendait, comme je l'ai dit, jusqu'au menton. Chez ma petite malade, en effet, il n'y avait pas un ectropion, il y avait une destruction complète de la paupière. On m'objecte que le tissu cicatriciel se rétracte. Cela est vrai, en général; mais nous savons tous que le contraire peut avoir lieu, et tout récemment M. Nélaton vous a cité des faits à l'appui de l'agrandissement des cicatrices. J'ai la conviction que, si nous vou-

lions consulter nos souvenirs, nous pourrions tous citer des faits semblables. Pour ma part, je me rappelle avoir observé à l'hôpital du Midi un homme dont le ventre avait été brûlé à l'âge de deux ans. La cicatrice était beaucoup plus large que ne pouvait l'être l'abdomen au moment de l'accident.

M. Chassaignac. Je ferai une remarque générale sur l'opération qui consiste à agglutiner les deux paupières dans le but d'éviter leur renversement. Chez le malade de M. Huguier, chez celui de M. Maisonneuve et chez celui de Lisfranc, on n'a pu obtenir la réunion complète des deux paupières.

Quant à la question de l'agrandissement des cicatrices, je dirai : de ce qu'une cicatrice a pris une étendue plus grande, il ne faut pas conclure, absolument parlant, qu'elle a grandi, mais seulement qu'elle a prêté, qu'elle a pris de l'extensibilité.

M. Morel-Lavallée. Pour bien comprendre le travail qui se passe dans une cicatrice, il est indispensable de faire quelque distinction. Ainsi, la cicatrice qui correspond à une perte de substance large et profonde ne s'agrandira probablement pas, tandis que la cicatrice provenant de lambeaux apportés dans le but d'augmenter l'étendue d'une partie, comme l'a fait M. Huguier, pourra, au contraire, devenir susceptible d'une certaine extension.

M. Huguier. M. Chassaignac fait la remarque que l'adhésion des deux paupières n'est jamais complète. Peu importe. Que se propose-t-on en réunissant les paupières ? De lutter contre le tissu inodulaire. Or, il n'est pas nécessaire que l'agglutination soit entière ; il suffit d'une très petite étendue pour obtenir ce résultat. La perte qui reste dans une adhérence incomplète permet, plus tard, de faciliter la désunion.

On a dit que le péritoine ne pouvait recouvrir l'utérus en état de gestation qu'en se dédoublant, qu'en abandonnant les parties voisines. Cette opinion, quoique généralement admise, n'est pas exacte. Il y a là plus qu'un simple glissement ; il y a un développement anormal du péritoine. J'ai vu maintes et maintes fois les culs-de-sac vésicaux recto-utérins, les liga-

ments larges, conserver pendant la grossesse l'étendue qu'ils ont l'organe gestateur étant vide. Il faut bien alors que le péritoine se soit agrandi, pour suffire à l'ampliation de l'utérus. Il en est de même pour certaines cicatrices; elles se développent par une sorte d'excès de nutrition.

— M. Boinet a la parole pour la lecture de deux mémoires qui portent pour titre :

1° *Névralgie faciale datant de cinq ans, traitée sans succès par tous les moyens ordinaires. — Excision du nerf maxillaire inférieur par un nouveau procédé. — Guérison immédiate et radicale.*

2° *Luxation complète du radius en arrière chez un homme de trente ans, produite probablement par une cause externe. — Gonflement et déformation considérable du coude. — Difficulté de diagnostic. — Réduction facile.*

Une commission composée de MM. Giraldès, Michon et Larrey est chargée de faire un rapport sur les mémoires de M. Boinet.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Séance du 20 *juin* 1849.

Présidence de M. Deguise.

M. Chassaignac. Parmi les divers modes de réunion vicieuse qui s'observent après les fractures de la rotule, il en est une qui doit être bien rare, et qui, jusqu'ici, ne s'était peut-être pas encore rencontrée; je veux parler d'une pseudarthrose par frottement des deux fragments de la rotule l'un sur l'autre. Ce fait, dont je mets un exemple sous vos yeux, révèle dans la consolidation des fractures de la rotule un obstacle de plus dont il faudra saisir la nature pour la combattre. Ici le contact réciproque des fragments, comme emboîtés l'un dans l'autre, montre que cette condition ne suffit pas pour en obtenir la soudure par un cal osseux.

Voici en quelques mots la description de la pièce. Elle a été recueillie à l'hôpital Saint-Antoine, sur une femme qui y était entrée pour une autre maladie, et qui a succombé à une attaque de choléra.

La rotule est divisée transversalement en deux parties à peu près égales, mais configurées d'une manière iuverse. Le fragment inférieur représente un condyle qui est reçu dans une cavité creusée sur le fragment supérieur. Une portion de ces surfaces pseudarthrodiales est revêtue d'un cartilage accidentel qui disparaît insensiblement sur le reste de leur étendue, sans qu'il soit possible d'eu préciser la limite. Elles paraissent dépourvues de synoviale. Des tissus fibreux placés en avant et sur les côtés retiennent solidement l'une contre l'autre les deux pièces de cette fausse articulation, qui reste ouverte dans toute sa longueur, en arrière, du côté de celle du genou, avec laquelle elle communique.

M. Lenoir fait observer qu'il existe un certain intervalle entre les fragments, et que leur poli résulte, non pas de leur frottement réciproque, mais de leur glissement sur les condyles du fémur ; qu'il n'y a pas là un emboîtement articulaire, mais une réunion par un cal fibreux incomplet et très court.

M. Chassaignac maintient son interprétation, en établissant que la pièce offre bien réellement les conditions d'une pseudarthrose.

Il y a quelque temps, dit M. Chassaignac, j'ai entretenu la Société d'un cas dans lequel, croyant avoir affaire à un kyste du cuir chevelu chez un très jeune enfant, j'ai ouvert une hydro-encéphalocèle. Je n'avais reconnu mon erreur qu'au moment où, en exerçant une forte traction sur les parois de la poche, j'avais vu apparaître de la substance cérébrale entraînée par les parois de cette poche, qui n'était autre que la dure-mère elle-même. Je craignais que cette fâcheuse méprise n'eût les conséquences les plus graves, et je viens apprendre à la Société que j'ai été heureusement trompé dans mes appréhensions. Tout s'est borné à une suppuration de

quelques semaines, après lesquelles le rétablissement a été complet. Il y a six mois que cette opération a été faite, et tout porte à croire que la guérison sera définitive.

Cette observation m'explique les succès d'Adams, sur lesquels des doutes avaient été élevés. Sur sept cas d'hydro-encéphalocèle, que ce chirurgien a traités par la ponction, il a réussi cinq fois. A chaque ponction, la quantité du liquide avait diminué, et la tumeur finissait par se réduire au volume d'une noix, et n'était plus alors constituée que par des parties solides.

— M. Chassaignac conserve la parole pour une troisième communication.

J'avais apporté à l'opération de la trachéotomie une modification qui consistait :

1° Après l'incision des parties molles et avant celle de la trachée, à saisir et à fixer avec une érigne le cartilage cricoïde pour faciliter la division du tube aérien;

2° A maintenir cette ouverture béante en écartant les deux lèvres avec deux érignes. J'ai fait un pas de plus dans cette voie. Sans aucune incision préalable, je fais d'emblée pénétrer l'érigne à travers les couches extérieures intactes, et j'accroche le cartilage cricoïde par son bord inférieur; puis, tenant cette érigne de la main gauche, je plonge directement le histouri dans la trachée, et d'un seul coup je divise les parties molles et la trachée. Les deux temps de l'opération sont ainsi réunis en un seul. Ce procédé, qui me paraît la porter à son plus haut degré de simplicité, est d'une exécution aussi sûre que rapide. Quoiqu'il ne se recommande pas encore par son application sur le vivant, mes expériences sur le cadavre me donnent l'espoir de le voir adopter par tous les chirurgiens qui en auront fait l'essai.

Il s'appuie d'ailleurs sur un fait anatomique facile à vérifier. Chez l'homme adulte et chez le vieillard, c'est la saillie anguleuse du cartilage thyroïde qui est le point du larynx le plus facile à sentir; mais chez l'enfant et chez la femme, il

n'en est plus ainsi; la moindre pression sur cette saillie suffit pour l'effacer.

Par son excessive flexibilité, il cède sous le doigt, et le chirurgien est privé de ce point de repère dans l'opération. Le cartilage cricoïde, au contraire, formant, seul de toutes les pièces du tube aérien, un anneau complet, résiste à la pression, et il est toujours facile de le trouver.

M. Lenoir. Je commence par rappeler qu'on avait déjà fait usage du ténaculum pour écarter les lèvres de l'incision trachéale. Quant à la modification qui appartient à M. Chassaignac, l'accrochement du cartilage cricoïde à travers la peau, elle me paraît surtout passible de deux objections. D'abord la piqûre du tube aérien pratiquée de cette façon expose manifestement à l'emphysème. Il y a ensuite la difficulté de reconnaître, d'accrocher et de fixer ainsi le cartilage cricoïde. Sa position derrière le cartilage thyroïde, et le relief formé immédiatement au-dessous de son arc antérieur par le corps thyroïde, le rendent peu accessible. Une fois accroché, il vous échapperait dans les mouvements de déglutition et dans les secousses de la toux. Sans me prononcer d'une manière absolue contre ce procédé, je crois que son application sur le vivant offrira des difficultés auxquelles son auteur ne semble pas s'attendre.

M. Loir. Par le procédé de M. Chassaignac, il est impossible d'accrocher le cartilage cricoïde sans pénétrer dans la trachée, et l'irritation que produira la présence de l'érigne dans le tube aérien déterminera des convulsions nuisibles à la manœuvre opératoire.

M. Guersant. On dit que la trachéotomie est difficile; oui, comme la plupart des opérations, quand on la pratique rarement; mais il n'en est plus de même dès qu'on a pu, en la répétant, se familiariser avec elle. Pour ma part, je l'ai faite 90 ou 100 fois, et je suis arrivé à la mener facilement à fin. Je procède doucement; la trachée découverte par l'incision des parties extérieures, je la fixe aisément avec l'indicateur le

temps suffisant pour y plonger sûrement le bistouri. La difficulté n'est pas là, mais dans l'introduction de la canule. Encore, si l'on se sert d'un mandrin, d'une sonde de gomme élastique, par exemple, engagée d'abord dans l'ouverture trachéale et sur laquelle on fait glisser la canule, cette difficulté disparaît.

Quant à fixer la trachée avec une érigne après l'incision des parties molles, c'est une pratique que M. Bretonneau a abandonnée après l'avoir quelque temps suivie. Je n'ai jamais senti le besoin d'y recourir, ayant toujours aisément fixé la trachée avec le doigt.

M. Maisonneuve. Comme M. Trousseau avait déjà incisé la trachée et les parties molles d'un seul coup, après avoir pénétré par ponction dans le tube respiratoire, ce qui appartient à M. Chassaignac, c'est la fixation du larynx à travers la peau. C'est une innovation qui ne pourra bien se juger qu'après son application sur le vivant. Pour ce qui est de la difficulté de l'opération, je n'en ai point trouvé de sérieuse dans les quinze ou seize trachéotomies que j'ai faites. L'introduction de la pince destinée à écarter les lèvres de l'ouverture du tube aérien, comme l'introduction de la canule elle-même, ont plutôt quelque chose d'un peu effrayant que de réellement difficile. En sorte que la modification de M. Chassaignac, si elle réussit, n'aurait pas encore une très grande importance.

M. Chassaignac. Si la trachée est facile à découvrir par les moyens ordinaires chez les sujets maigres et en l'absence de tout gonflement, il en est autrement quand les graisses du cou, comme chez les enfants où il existe une tuméfaction quelconque, l'enfoncent en quelque sorte dans la profondeur de la région.

M. Lenoir a dit que l'érigne avait été mise en usage avant moi dans la trachéotomie; sans doute, et ce n'est pas l'emploi de cet instrument, mais bien son mode d'application qui constitue mon procédé. L'objection de l'emphysème n'est pas

plus sérieuse ; l'érigne n'obture-t-elle pas exactement le petit trou qu'elle a fait? Et, d'ailleurs, le bistouri ouvrant immédiatement la trachée, l'infiltration d'air n'aurait pas le temps de se faire.

On trouve toujours le cartilage cricoïde plus aisément que les autres parties du tube respiratoire, et il est facile de l'accrocher. Suivant M. Lenoir, cet anneau échappera à l'érigne dans les mouvements que provoquent la déglutition et la toux. Il y a ici une distinction importante à faire : lorsque le tube respiratoire n'est pas bien saisi, il peut se dérober par sa mobilité ; mais une fois solidement accroché, il se laisse aisément retenir, comme je m'en suis assuré récemment encore en pratiquant la trachéotomie chez un enfant de quatre ans.

D'après M. Guersant, la trachéotomie est facile pour qui la fait souvent ; mais, il l'a dit lui-même, ceci s'applique également aux autres opérations les plus délicates. Ce que je me suis proposé, moi, c'est de la rendre facile à ceux mêmes qui n'ont que rarement l'occasion de la pratiquer, et ce doit être là notre but. Et ce sont les difficultés que j'ai éprouvées en faisant cette opération au début de ma pratique qui m'ont donné la pensée de chercher le moyen de s'en rendre maître.

M. Lenoir. Je défie M. Chassaignac de trouver le cartilage cricoïde sur le vivant aussi facilement qu'il l'avance.

M. Chassaignac. J'accepte le défi.

M. Lenoir. Je suppose ce cartilage reconnu, est-ce que l'influence de la douleur produite par la piqûre de l'érigne dans les parties extérieures n'amènera pas des contractions musculaires qui déplaceront le larynx, surtout chez les enfants, dont les cris augmenteront encore cet inconvénient? Et puis, en attirant la trachée en avant avec l'érigne, vous l'aplatissez contre la résistance des couches extérieures.

M. Guersant. Cette modification augmente le nombre des instruments et des aides. La pince à crochets de M. Bretonneau pour l'écartement des bords de la plaie offre un avan-

tage opposé : aussi est-elle généralement adoptée. Quant à reconnaître et à fixer la trachée après l'incision des parties molles, je répète que j'y parviens facilement à l'aide du doigt. Le toucher est ici un guide sûr qui supplée parfaitement la vue ; j'ajoute même que j'ai toujours ouvert la trachée sans la voir. C'est ordinairement la nuit qu'on est appelé pour cette opération ; on est mal éclairé, mal aidé ; la plaie est mal épongée, et le sang qui recouvre le tube respiratoire empêche de l'apercevoir.

M. Marjolin craint, pour ce qui concerne le nombre des aides, comme pour le reste, que l'érigne ne fasse autre chose que de compliquer l'opération.

M. Chassaignac démontre que son procédé n'augmente pas le nombre des aides. Quant au danger d'aplatir la trachée en l'attirant en avant avec l'érigne, la traction nécessaire est trop faible pour que cet inconvénient signalé par M. Lenoir soit à redouter. L'emploi de cette érigne offre, en outre, un avantage que je dois faire remarquer. En fixant solidement la trachée, elle permet de l'ouvrir toujours exactement sur la ligne médiane ; et si la canule venait à s'échapper, cette ouverture restant parallèle à celle des parties molles, la respiration pourrait continuer. Dans le procédé ordinaire, au contraire, on est exposé à inciser latéralement la trachée, et si alors la canule se déplace, le parallélisme des deux ouvertures est détruit par le mouvement de restitution qu'éprouve le tube aérien en reprenant, par son élasticité, sa position normale ; le passage de l'air est intercepté, et l'asphyxie imminente.

J'ajoute, en terminant, que j'ai essayé avec succès un nouveau moyen de fixer la canule dans la trachée. Il consiste à l'attacher à l'un des fils de la suture entortillée qui me sert à réunir les angles de la plaie des parties molles.

— M. Maisonneuve. J'ai en ce moment dans mon service, à l'hôpital Cochin, trois malades affectées de rupture du périnée. Elles ont toutes trois éprouvé cet accident pendant un premier accouchement, et elles offraient toutes trois une dé-

chirure étendue au périnée tout entier, ainsi qu'à la portion correspondante du sphincter de l'anus ; la cloison recto-vaginale seule était intacte. Cette plaie, qui remontait à peu près à la même époque chez ces trois femmes, à environ dix à douze jours, était en voie de cicatrisation chez l'une d'elles et en pleine suppuration chez les deux autres.

Voici le procédé que j'ai mis en usage et qui m'a parfaitement réussi :

Chacune des lèvres de la plaie présentait une surface vive de forme triangulaire, dont un côté tourné vers le vagin, un deuxième vers le rectum, le troisième correspondant au périnée.

Après un avivement partiel pour la première malade, sans avivement pour les deux autres, j'ai réuni par la suture à surjet : 1° les bords vaginaux de cette plaie triangulaire; 2° ses bords rectaux ; 3° ses bords périnéaux. Ensuite, à l'aide d'une forte aiguille courbe, j'ai passé deux fils doubles à travers les lèvres de la plaie, l'un très près du bord vaginal, l'autre très près du bord rectal ; avec ces deux fils doubles et deux bouts de sonde de gomme élastique, j'ai fait une suture enchevillée.

Dans les trois cas, les fils des deux sutures ont été enlevés au bout de quatre jours ; chez deux de ces malades, la réunion était parfaite dans toute l'étendue de la déchirure ; chez l'autre, il y avait une réunion partielle qui ne peut pas tarder à se compléter.

J'insiste de nouveau, car je l'ai déjà signalé à la Société, sur l'avantage que présente la combinaison de ces deux espèces de suture, la suture à surjet et la suture enchevillée. Depuis longtemps, comme vous savez, j'y ai recours dans les grandes amputations pour obtenir la réunion immédiate, et elle m'a donné d'excellents résultats. L'application nouvelle que je viens d'en faire à la périnéoraphie me semble également mériter l'attention des praticiens.

M. Huguier. La suture est peut-être moins nécessaire ici

qu'on ne le croit. Je ne l'ai faite qu'une fois, et la malade est morte d'une résorption purulente. Depuis lors, je me borne à prescrire le rapprochement des cuisses à l'aide d'un bandage qui refoule en même temps les chairs des parties latérales vers la vulve. Ce traitement très simple, et surtout qui n'entraîne aucune espèce de danger, m'a assez constamment réussi pour me détourner en général d'une opération susceptible d'amener une issue funeste.

M. Marjolin. J'ai été également témoin d'une guérison spontanée; mais j'ai regardé ce résultat comme une heureuse exception. Je demanderai à M. Huguier si les faits qu'il possède sont assez nombreux pour lui permettre d'établir l'opinion contraire.

M. Huguier. J'ai vu quinze ou vingt de ces déchirures du périnée, qui toutes se sont terminées par la guérison, sans qu'il ait été nécessaire d'employer d'autre moyen que le bandage dont j'ai parlé.

M. Lenoir. Je ne saurais rien voir de neuf ni d'important conséquemment dans le procédé de M. Maisonneuve. Que fait M. Roux? La suture emplumée, et dans les intervalles des fils quelques points de suture entortillée. Vous voyez que ces deux procédés sont presque identiques.

M. Maisonneuve. La modification que je crois avoir introduite dans l'opération consiste dans la coaptation plus exacte des trois bords de la déchirure. M. Roux ne pouvait agir que sur la partie périnéale.

M. Lenoir. C'était suffisant.

M. Maisonneuve. Le seul procédé qui ait de l'analogie avec le mien est celui de M. Nélaton.

M. Lenoir. Je terminerai par cette remarque qu'il faut se garder de faire prématurément la périnéoraphie, le rapprochement des cuisses suffisant dans la grande majorité des cas pour amener une guérison spontanée.

M. Morel-Lavallée. Dans trois cas de périnéoraphie que j'ai récemment pratiquée à l'hôpital de la Charité, j'ai été

frappé, comme M. Maisonneuve, de l'inexactitude de la coaptation des lèvres de la plaie quand on se borne à l'emploi de la suture enchevillée. Dès le moment où l'on serre les fils, qui ne peuvent agir que sur la base de ces lèvres, elles sont rapprochées et pressées l'une contre l'autre à leur partie profonde; mais elles s'écartent superficiellement et forment dans toute leur longueur un hiatus en dehors. C'est à ce point que quelquefois les bords de la solution de continuité ne se touchent que dans une étendue presque linéaire, et que plus des trois quarts de leur surface renversés en dehors sont mis par leur isolement dans l'impossibilité de participer, au moins immédiatement, au travail de la réunion. Il m'a semblé aussi que c'était là un sérieux inconvénient, et j'ai cherché le moyen d'y remédier. Je me suis arrêté à celui qui, à l'aspect des parties, se présente d'ailleurs comme de lui-même. Il consiste tout simplement à entortiller un fil sur les extrémités correspondantes des tuyaux de plume. Ce fil, en passant pardessus les bords écartés de la déchirure, les rapproche absolument comme dans la suture entortillée. Si ces deux fils, qui se trouvent ainsi placés vers les limites de la plaie, étaient insuffisants; si à la partie moyenne de la division la coaptation restait imparfaite, rien de plus facile que de mener, à l'aide d'une aiguille courbe à pointe mousse ou même avec un stylet aiguillé recourbé, un fil autour des tuyaux de plume et de le faire passer et repasser de l'un à l'autre par-dessus la plaie jusqu'au complet affrontement de ses bords. Ce troisième fil surajouté forme ainsi des anses qui embrassent les deux tuyaux de plume et dont le milieu correspond à la déchirure, qu'il concourt à réunir. C'est une sorte de suture à surjet, mais qui prend son point d'appui sur les chevilles, en dehors des parties molles, qu'elle laisse intactes. Peut-être M. Maisonneuve trouvera-t-il que cette modification atteint le même but que celle qu'il a proposée, et lui reconnaîtra-t-il l'avantage d'éviter toute espèce de douleur et de chance d'inflammation.

M. Maisonneuve. La pièce pathologique que je soumets maintenant à l'examen de la Société est un utérus dans les parois duquel il s'était développé une tumeur fibreuse d'un volume considérable. La malade, âgée de quarante-quatre ans, portait cette tumeur depuis plusieurs années; mais il n'y a qu'un an qu'elle a commencé à en être sérieusement incommodée. Chaque époque était annoncée par de violentes douleurs expultrices que la malade comparait à celles de l'accouchement, et qui duraient vingt-quatre ou trente-six heures, jusqu'à l'apparition de l'écoulement menstruel. Cet écoulement était d'une abondance qui en faisait de véritables pertes, et la santé de cette femme, auparavant robuste, ne tarda pas à en être épuisée. Ayant appris que j'avais extirpé avec succès une tumeur semblable à celle qui mettait sa vie en danger, elle vint réclamer mes soins; mais outre qu'elle était arrivée au dernier degré du dépérissement, elle offrait déjà les signes d'une péritonite aiguë. Loin qu'il fût possible de songer à une opération, c'est à peine si l'état de la malade me permit de constater la nature de l'affection. Le col utérin, peu dilaté, ne recevait que difficilement le doigt, qui, arrivé à l'orifice supérieur, sentait la tumeur. La mort arriva bientôt.

Voici ce que je trouvai à l'autopsie. L'utérus a acquis le volume du quatrième mois de la grossesse. Le col est long de 4 centimètres, ses parois épaisses, sa cavité peu agrandie; son orifice à peine entr'ouvert n'admet qu'à grand'peine la phalangette de l'index.

Le corps est très volumineux; mais en le fendant on voit que toutes ses parties ne sont pas également développées. Sa cavité a 10 centimètres de profondeur, 5 seulement de largeur; la paroi antérieure est épaisse de 1 centimètre. Dans sa paroi postérieure est enkystée une tumeur fibreuse solitaire de forme ovoïde, longue de 12 centimètres, large de 8, épaisse de 7. Cette tumeur est placée dans l'épaisseur même de la paroi postérieure du corps de l'organe; mais la couche de fibres qui la recouvre du côté de la cavité utérine est beau-

coup plus mince que celle qui la recouvre à l'extérieur. La première a à peine 2 millimètres, tandis que la seconde en a 8. La couche celluleuse qui unit cette tumeur aux fibres utérines est infiltrée d'une couche purulente, indice d'un travail inflammatoire qui s'était opéré dans les derniers temps de la vie. Il existe même vers le sommet de l'organe une ulcération fistuleuse qui fait communiquer cette couche purulente avec le tissu sous-péritonéal, et qui probablement a causé la mort en donnant lieu à la péritonite que nous avons signalée.

M. Maisonneuve fait remarquer que cette tumeur a la plus grande analogie, quant au volume et à la position, avec une tumeur dont il a opéré l'extirpation avec succès, et qu'il a déjà présentée à la Société.

Il fait sur la pièce anatomique la démonstration du procédé qu'il a mis en usage, et dont voici la description succincte.

Sur l'index gauche préalablement introduit dans le vagin, on conduit un lithotome double qu'on fait pénétrer jusqu'au fond de la cavité utérine. Tournant la concavité en arrière vers la tumeur, on en ouvre les lames, et en le retirant on incise largement le col utérin.

Aussitôt l'index et le médius droit sont portés dans le col ainsi entr'ouvert, et déchirent par des pressions latérales les angles de l'incision pour l'agrandir et empêcher l'hémorrhagie. Puis ces deux doigts portés plus profondément dans la cavité utérine servent à déchirer de l'un et de l'autre côté la couche musculaire qui recouvre la tumeur en avant, et que les lames du lithotome avaient déjà entamée latéralement, surtout en bas.

Dès lors les deux doigts en contact immédiat avec la tumeur cherchent par des mouvements rapides à la contourner et à l'isoler de la paroi utérine qui l'enkyste.

C'est alors seulement que commence la partie vraiment difficile de l'opération. La tumeur, trop volumineuse, ne peut ni s'abaisser en masse, ni tourner sur elle-même. Il faut la diviser.

Pour cela, on maintient avec une seule pince de Museux le côté droit de la tumeur, puis, à l'aide de longs ciseaux courbes sur le plat, on incise sur la ligne médiane toute la portion de la tumeur déjà énucléée, de manière à la diviser en deux moitiés égales, l'une droite, l'autre gauche. La portion sur laquelle est fixée la pince de Museux peut alors s'engager dans l'orifice, s'abaisser de quelques lignes, et devenir accessible d'autant à l'index gauche, qui continue l'énucléation tandis que les ciseaux prolongent la division verticale.

A mesure que l'on incise, la moitié droite de la tumeur s'abaisse, et l'index peut l'énucléer plus haut. On arrive ainsi par la combinaison de ces trois manœuvres, incision, abaissement, énucléation, qui se facilitent mutuellement, on arrive, dis-je, au quart supérieur de la tumeur.

Arrivé à ce point, l'abaissement ne se fait plus qu'avec une extrême difficulté. Alors on doit dédoubler dans son épaisseur la portion même que l'on est en train d'extraire. Pour cela les ciseaux courbes, toujours guidés par l'index gauche, attaquent cette moitié de la tumeur d'arrière en avant et de bas en haut. Cette manœuvre, en amincissant la partie sur laquelle on agit, facilite son abaissement, et l'on peut continuer l'énucléation jusqu'à la partie supérieure.

Une fois que l'on a terminé l'énucléation et le dédoublement de cette moitié de la tumeur, il devient facile de l'extraire.

Reste la seconde moitié; mais on agit dans une cavité devenue large par l'extraction de la première moitié. Aussi la manœuvre est-elle bien plus rapide. On saisit avec des pinces de Museux l'extrémité inférieure déjà énucléée; elle s'engage facilement dans le col; les doigts index et médius droits exécutent promptement l'énucléation dans les trois quarts inférieurs, puis l'utérus peut être renversé de manière à présenter la face interne au dehors de la vulve. Ce qui permet de terminer la dissection sans difficulté comme sans encombre, et de s'assurer qu'il n'est rien resté de la tumeur.

On replace ensuite la matrice dans ses conditions normales.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Séance du 28 *juin* 1849.

Présidence de M. Deguise.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— A l'occasion du procès-verbal, M. Larrey rappelle qne M. Maslieurat-Lagémard avait déjà proposé les érignes pour l'opération de la trachéotomie ; seulement, son but n'était pas le même que celui de M. Chassaignac : il appliquait les épingles recourbées en crochet sur chacune des lèvres de l'ouverture trachéale pour les maintenir béantes.

— M. Gosselin soumet à l'examen de la Société une malade âgée de soixante-neuf ans, qui présente une tumeur du voile du palais et de l'amygdalc gauche. Cette tumeur, qui date de dix-huit mois environ, a le volume d'un petit œuf de poule ; elle est mollasse, élastique, ne donne au toucher ni battements, ni fluctuation. D'après les explorations auxquelles il s'est livré et tous les signes qu'il a constatés, M. Gosselin ne doute pas qu'il ne s'agisse d'une tumeur encéphaloïde occupant la moitié gauche du voile du palais, les deux piliers correspondants et l'amygdale ; son intention en présentant la malade est de consulter les membres de la Société sur la question de savoir si l'on doit pratiquer une opération et à laquelle on devrait donner la préférence. Pour moi, dit M. Gosselin, je trouve cette tumeur assez nettement circonscrite par en bas et en debors pour qu'il soit possible de la faire disparaître en entier ; d'un autre côté, la malade est forte, bien constituée, et cette affection abandonnée à elle-même ne pourra que faire des progrès et gêner de plus en plus les fonctions digestives et respiratoires. Je crois donc que l'opération est indiquée : il est vrai qne j'ai senti près de l'angle de la mâchoire un ganglion induré, mais il est très peu volumineux ; on pourrait

l'enlever aisément, et, à supposer qu'il reste, les progrès de son altération n'exposeraient que bien plus tard à des accidents sérieux.

L'opération une fois admise, fera-t-on une ligature ou une excision ? Chacun se rappelle une opération ingénieuse de ligature exécutée il y à quelques années par le professeur Blandin ; ce procédé serait applicable ici, mais j'avoue que je suis peu partisan des ligatures dans cette région à cause des dangers qui peuvent résulter de la déglutition des matières sanieuses et purulentes. Je donnerais donc la préférence à une extirpation faite avec le bistouri ; sans doute, elle exposerait à une hémorrhagie ; mais on pourrait y remédier au besoin par la cautérisation avec le fer rouge, et les gros vaisseaux me paraissent trop éloignés de la tumeur pour qu'il y ait crainte de les diviser pendant l'opération.

M. Huguier. Je crois aussi qu'il s'agit, dans ce cas, d'une tumeur carcinomateuse ; mais cependant je me demande si le point de départ de la maladie n'a pas été un ganglion lymphatique. Il y a dans la région de l'amygdale un ganglion qui reçoit les vaisseaux lymphatiques profonds du crâne. J'ai déjà eu l'occasion de voir une tumeur de cette région formée par le ganglion dont il s'agit épaissi et induré. Peut-être en serait-il de même dans le cas actuel. D'un autre côté, si la malade n'a pas encore pris d'iodure de potassium, il serait prudent de lui en administrer.

M. Chassaignac. Je partage l'opinion de M. Gosselin relativement au diagnostic ; seulement il me semble que l'amygdale n'est pas gonflée, et qu'elle est seulement repoussée par le développement de la tumeur. Je rejette entièrement l'idée d'une tumeur ganglionnaire. Cependant, pour ne négliger aucune précaution, je serais d'avis de faire, avant tout, une ponction exploratrice. Le diagnostic une fois confirmé par ce moyen, je crois aussi qu'une opération doit être tentée, et j'accorde à l'instrument tranchant une grande supériorité sur la ligature. On pourrait bien, après cette dernière, empêcher la déglutition des ma-

tières sanieuses pendant la veille; mais il serait impossible de s'y opposer pendant le sommeil. Je craindrais seulement, en faisant l'ablation, qu'une hémorrhagie eût lieu par les grosses artères, et je me tiendrais prêt à faire, au besoin, la ligature de la carotide primitive.

M. Maisonneuve. La première chose à faire est de donner l'iodure de potassium. Toutes les apparences sont favorables à l'idée d'une tumeur cancéreuse; mais on s'y est trompé assez de fois pour se tenir en garde. Si, au bout de quinze jours ou trois semaines, l'iodure de potassium donné à dose élevée n'a produit aucune diminution, il faudra opérer avec le bistouri. Je conseillerais d'inciser d'abord sur le côté externe, et d'isoler la tumeur de ce côté, ce qui faciliterait beaucoup le reste de l'opération. Il serait bien aussi d'énucléer le plus près possible avec les doigts. Enfin, je terminerais par l'ablation de la petite tumeur ganglionaire.

M. Vidal. J'ai présenté à la Société, il y a quelques semaines, un malade qui offrait une tumeur analogue à celle-ci. Tout le monde a pensé qu'il s'agissait d'une tumeur maligne solide; M. Guersant a même décrit le procédé qu'il convenait d'employer. Au premier coup de bistouri il s'est échappé un flot de sang. J'ai néanmoins continué, et j'ai amené une tumeur qui avait l'aspect pancréatique. Il n'y a pas eu de récidive jusqu'à présent; la mère de ce malade avait cependant eu un cancer au sein. Je rappelle ce fait pour qu'on se tienne en garde contre l'écoulement du sang, si l'on se décide à opérer la malade.

M. Monod. On n'attache pas assez d'importance au ganglion sous-maxillaire; il faudra l'enlever de toute nécessité; peut-être est-il plus gros qu'on ne le suppose, peut-être y a-t-il d'autres ganglions plus profonds et qu'on ne pourrait atteindre. Pour ces raisons, et afin de ne pas faire subir à cette malade les chances d'une opération qui serait inutile si les ganglions restaient, je commencerais par la tumeur ganglionaire.

M. Chassaignac. Je ne serais pas d'avis de faire le traitement explorateur par l'iodure de potassium. Je craindrais de perdre un temps précieux, pendant lequel le cancer envahirait davantage.

M. Vidal. Je ne crois pas qu'il s'agisse là d'une affection vénérienne. Cependant il suffit que des doutes soient élevés pour qu'on soit plus scrupuleux. D'ailleurs, si la tumeur était syphilitique, elle se modifierait avant quinze jours sous l'influence de l'iodure de potassium donné à 4 ou 6 grammes par jour.

M. Larrey. Les incertitudes qui s'élèvent sur le traitement explorateur tiennent probablement à l'incertitude du diagnostic. J'invite M. Gosselin, qui a examiné plus longtemps que nous la malade, à nous dire ce qu'il sait des antécédents, et sur quelles raisons il se fonde pour rejeter l'idée ou d'une affection syphilitique, ou d'un abcès enkysté.

M. Gosselin. Je n'avais pas voulu m'arrêter sur la question du diagnostic, afin de ne pas occuper trop longtemps l'attention de la Société, et parce que je désirais surtout des conseils thérapeutiques ; mais, puisque la discussion s'est engagée sur ce point, je dirai que j'ai fait à la malade toutes les questions propres à me faire savoir si elle avait eu des symptômes primitifs ou consécutifs de syphilis. J'ai examiné les os superficiels, le crâne, le tibia, le sternum ; je n'ai rien trouvé qui pût me faire croire à des antécédents syphilitiques. Je rejette surtout cette idée, parce qu'il y a un ganglion malade. Or j'admets, avec M. Ricord, que l'un des meilleurs moyens de diagnostic, entre les affections tertiaires et les tumeurs cancéreuses, est l'absence de ganglions engorgés dans le premier cas, leur existence fréquente dans le second. D'un autre côté, je ne crois pas qu'il s'agisse là d'un abcès enkysté, parce que la maladie est trop ancienne et que je n'ai pu sentir de fluctuation.

— M. Maisonneuve présente à la Société un calcul salivaire

peu volumineux, qui faisait une petite saillie dans la bouche, au niveau de l'ouverture du canal de Sténon.

A ce propos, M. Maisonneuve revient sur une opinion qu'il a déjà exprimée devant la Société relativement aux obstructions et aux oblitérations des conduits salivaires. Il ne pense pas que l'effet de ces altérations soit d'occasionner des dilatations; il croit que la grenouillette ne reconnaît pas ce mode d'origine, et que tous les cas dans lesquels la dissection a pu être faite ont révélé des kystes indépendants des voies salivaires.

— La séance est levée à cinq heures.

Séance du 4 juillet 1849.

Présidence de M. Cullerier.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Larrey demande la parole à propos du procès-verbal et au sujet de la communication de M. Maisonneuve sur un cas de calcul salivaire développé dans le canal de Warthon, pour rappeler à la Société une thèse remarquable soutenue à Strasbourg il y a quelques années par un chirurgien militaire, M. Bertrand.

M. Bertrand a effectivement traité avec le plus grand soin toutes les tumeurs sublinguales, et a passé en revue tous les faits qui peuvent différencier les affections du canal de Warthon des simples tumeurs enkystées. M. Bertrand divise les tumeurs sublinguales en cinq catégories.

Celles qui dépendent :

1° De la muqueuse;
2° Du tissu sous-muqueux;
3° Des vaisseaux;
4° De la glande sublinguale;
5° Du canal de Warthon.

M. Chassaignac rappelle aussi qu'un chirurgien allemand,

M. Fleichman, a décrit depuis longtemps plusieurs variétés de bourses muqueuses sublinguales.

M. Lenoir annonce à la Société qu'il a dans son service un homme qui porte une tumeur sublinguale, et qu'il se propose d'opérer. M. Lenoir tiendra la Société au courant de cette opération.

La Société procède au renouvellement de son bureau.

Président........	M. Deguise père.
Vice-président....	M. Danyau.
Secrétaire.......	M. Larrey.
Vice-secrétaire...	M. Deguise fils.
Trésorier........	M. Marjolin.

Le comité de publication est composé ainsi qu'il suit :

M. Cullerier;
M. Chassaignac;
M. Gosselin.

Une commission composée de cinq membres : MM. Deguise fils, Michon, Robert, Gosselin et Deguise père, est chargée d'examiner les comptes du trésorier.

— M. Chassaignac a la parole pour une communication :

Messieurs, en prenant le service de M. Nélaton à l'hôpital Saint-Antoine, j'ai trouvé un malade qui portait au niveau de l'aine une tumeur réductible en partie, ou plutôt qui était affecté de deux tumeurs, l'une rentrant en totalité dans l'abdomen, l'autre occupant le trajet du cordon et restant au-dessus du testicule. M. Nélaton avait déjà remarqué que cette seconde tumeur grossissait lorsque le malade restait debout, et il en avait conclu qu'il pouvait bien exister quelque communication entre cette tumeur et la cavité abdominale. Cette considération l'avait empêché de tenter une opération.

Je m'occupai d'abord de rechercher si la tumeur était transparente, et j'acquis la conviction qu'elle l'était en me plaçant dans une obscurité absolue, et en me servant d'un stéthoscope

en guise de lorgnette. Je fis ensuite une ponction exploratrice qui donna issue à un liquide d'une limpidité parfaite. Résolu à employer une injection iodée, je voulus néanmoins, pour plus de précautions, faire précéder cette injection iodée d'une injection simplement aqueuse. En cas de communication avec l'abdomen, je voulais me garantir de tout accident. La tumeur ayant été vidée, je la remplis avec de l'eau pure, et je vis, à ma grande satisfaction, cette eau, après avoir rempli la poche, ressortir en entier. Je ne pouvais plus avoir de doute sur la possibilité d'une communication avec le péritoine, et je poussai une injection avec la teinture d'iode.

Le kyste se trouvait tout entier sous la hernie. J'ajouterai, à ce propos, qu'il n'est pas indifférent, dans les cas de hernie et de tumeur du cordon, de connaître la position exacte de la tumeur. On s'en assure facilement en faisant monter et descendre plusieurs fois la hernie pour voir si elle passe en avant ou en arrière de la tumeur.

M. Robert. La transparence de la tumeur recherchée avec tant de soin par M. Chassaignac ne pouvait amener aucun résultat démonstratif au point de vue d'une communication avec l'abdomen. Quant à l'injection préalable d'eau pure indiquée par M. Chassaignac comme une excellente précaution dans le cas d'une communication, je pense, moi, qu'elle pouvait avoir les plus graves inconvénients et qu'elle eût pu amener la mort si cette communication eût existé. Il est un moyen bien plus innocent et dans lequel j'aurais eu plus de confiance; il me semble, par exemple, qu'une pression modérée, mais continue, aurait, sinon fait disparaître la tumeur, l'aurait du moins rendue plus flasque si son liquide se fût échappé dans l'abdomen.

M. Marjolin. J'ai eu l'occasion de parler d'un fait qui offrait la plus grande ressemblance avec celui rapporté par M. Chassaignac; comme M. Chassaignac, j'ai pu constater la transparence du liquide. La pression méthodique conseillée par M. Robert pour arriver à un diagnostic a certainement

son utilité ; mais je prévois certains cas où elle échouera infailliblement. Ainsi, lorsqu'il existera un trajet sinueux entre la tumeur et le péritoine , comme cela arrive avec certains sacs herniaires en partie oblitérés, la pression qu'on exercera sur la tumeur aplatira le trajet de communication et ne produira en aucune manière le refoulement du liquide dans l'abdomen. On est plus sûr d'acquérir quelque certitude dans le diagnostic en faisant coucher les malades pendant quelques jours et en prenant la précaution de faire tenir le bassin élevé pour faciliter l'écoulement du liquide dans l'abdomen. En agissant de la sorte, j'ai vu quelquefois ce genre de tumeur s'affaisser d'abord, puis disparaître entièrement.

M. Larrey. Je donne actuellement des soins à un jeune soldat qui porte depuis quinze mois une hernie inguinale qu'il a constamment négligée. Cette hernie, complétement irréductible, est compliquée par la présence d'un liquide dans la cavité vaginale ; et, chaque fois que la station se prolonge, la quantité de liquide semble augmenter. J'avoue que je suis encore indécis sur ce que je dois faire.

M. Morel-Lavallée. La pression exercée sur une tumeur pour faire écouler le liquide qu'elle contient me paraît, dans le cas dont il s'agit, une chose assez insignifiante. Je me rappelle avoir vu le professeur Sanson chercher inutilement à refouler dans l'abdomen le pus d'un abcès par congestion qui s'était déclaré en avant de la cuisse, au-dessous de l'aine. Il existait cependant du liquide dans la fosse iliaque du même côté, et il était plus que probable que les deux collections devaient communiquer. L'autopsie démontra que les deux foyers communiquaient au moyen d'un trajet sinueux et assez long. La pression, en aplatissant ce conduit, s'opposait à ce qu'on pût acquérir, pendant la vie, la certitude d'une communication.

J'ai encore vu dans le service de M. Gerdy une tumeur du creux du jarret dont la communication avec le genou ne put être reconnue qu'à la ponction de la tumeur. J'ai vu bien des

cas analogues sur lesquels j'ai souvent appelé l'attention dans mes conférences cliniques à l'hôpital de la Charité. Je vois avec satisfaction que M. Lenoir a vu, dans le service de Sanson, qu'il a remplacé longtemps, le malade dont j'ai parlé.

— M. Nélaton présente un certain nombre de plâtres qui démontrent la possibilité de redresser les dents les plus déviées.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Séance du 11 *juillet* 1849.

Présidence de M. Deguise père.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— M. Lenoir, à l'occasion du procès-verbal, annonce à la Société qu'il a opéré, à l'hôpital Necker, le malade affecté d'une tumeur sublinguale, dont il avait dit quelques mots à la dernière séance. Il fit d'abord une simple ponction qui donna issue à une matière graisseuse, comme mélicérique, mélangée à de petits grains semblables à de la semoule cuite. Cette matière, versée dans de l'eau chaude, y fut dissoute en partie, ce qui donna l'idée à M. Lenoir d'injecter ce liquide dans la tumeur, afin de la débarrasser de ce qu'elle contenait encore. Ce résultat fut obtenu, et la tumeur s'affaissa d'abord complétement. Mais au bout de trois jours, les mouvements de la langue sont redevenus difficiles. Une inflammation assez vive s'est manifestée, et la tumeur a repris le volume qu'elle présentait avant l'opération. M. Lenoir se propose aujourd'hui d'ouvrir le kyste, de le faire suppurer en y plaçant un séton.

M. Giraldès a étudié la matière contenue dans le kyste : elle se compose de granulations arrondies, s'écrasant facilement, et solubles en partie dans l'éther. Le résidu, examiné au microscope, n'était autre chose que de l'épithélium mélangé à de la graisse.

— M. Chassaignac avait apporté à la dernière séance une

pièce d'anatomie pathologique que l'heure avancée ne lui avait pas permis de présenter à tous les membres présents. Cette pièce était un exemple remarquable d'un goître cancéreux envoyant un prolongement entre la trachée et l'œsophage. Ce goître, dont la nature et la disposition n'ont pu être reconnues jusqu'à l'autopsie, s'étendait de chaque côté de la ligne médiane, et présentait à peu près le volume des deux poings réunis. Il en était résulté des accès d'asthme assez violents pour déterminer une suffocation imminente.

La bronchotomie ayant été jugée indispensable pour faire cesser l'asphyxie, cette opération fut pratiquée, mais ne put sanver la malade.

M. Chassaignac ajoute qu'il a voulu profiter de l'occasion qui lui était offerte d'essayer sur le vivant le procédé dont il a déjà entretenu la Société, et qui consiste à saisir avec une érigne le cartilage cricoïde ; mais il avoue qu'il a éprouvé des difficultés par l'impossibilité à implanter d'emblée l'érigne à travers la peau, et il *fut obligé* de faire une moucheture au devant du cartilage cricoïde, qu'il put alors accrocher plus aisément.

Correspondance. — M. Lenoir demande un congé d'un mois pour aller prendre les eaux dans les Hautes-Pyrénées. (Accordé.)

Renouvellement du bureau. — M. Cullerier, avant de quitter le fauteuil de la présidence pour installer le nouveau bureau de 1849 à 1850, adresse à la Société l'allocution suivante :

« Mes chers collègues,

» Lorsque vous m'avez fait l'honneur de m'appeler à la présidence, je ne vous ai pas caché combien j'étais heureux et fier d'une pareille distinction. Aujourd'hui que je quitte ce fauteuil, je vous renouvelle l'expression de ma gratitude, et je vous remercie également de la bienveillance avec laquelle vous m'avez secondé dans la direction de vos travaux.

» C'est, au surplus, une tâche facile que celle de présider une Société comme la vôtre, dans laquelle les bienséances sont toujours observées, et d'où les égards que l'on se doit entre confrères ne sont jamais bannis.

» Il est à regretter, Messieurs, que le secrétaire titulaire de l'année qui expire ne vous ait pas fait, comme d'ailleurs notre règlement le veut et comme vous deviez l'exiger tous les ans, le compte-rendu de vos travaux, car jamais, je crois, semblable période n'avait été aussi bien remplie.

» Il vous aurait retracé dans un tableau rapide les discussions pleines d'intérêt qui ont eu lieu à la suite de communications verbales ou de présentations de pièces pathologiques. Il vous aurait montré vos publications, un instant compromises, continuant leur cours, grâce à votre énergique volonté et grâce aux sacrifices que vous avez su ou que vous saurez vous imposer ; le premier volume de vos mémoires terminé dans le courant de l'année et l'empressement que vous avez mis à publier le premier fascicule du second afin de bien faire voir que vous êtes décidés à continuer votre œuvre. Il vous aurait dit que la mesure prise par la Société, il y a deux ans, pour engager chaque membre à lire ici un travail original, a produit l'effet heureux qu'on devait en attendre, et il aurait sans doute ajouté qu'après l'impulsion qui a été donnée il serait bien fâcheux que la Société oubliât que ses publications sont une des conditions de sa vitalité. Il vous aurait également rappelé que, pour la première fois, vous avez fait tirer à part un bulletin annuel de vos séances. Mesure très bonne assurément, mais qui serait bien plus avantageuse si, pour donner un peu d'actualité à ce recueil, il paraissait à des intervalles moins éloignés.

» Messieurs, l'année qui vient de s'écouler nous a révélé plus que jamais combien la Société de chirurgie gagne en importance et en considération. Nous avons eu plusieurs demandes d'admission ; trois nouveaux collègues sont venus s'asseoir au milieu de nous, et les choix que vous avez faits

n'ont pu que donner plus de force à la Société, puisqu'ils ont porté sur un ancien condisciple, agrégé distingué de la Faculté, qui depuis est devenu notre collègue dans les hôpitaux, sur un des membres les plus éminents du journalisme médical, et enfin sur un confrère qui porte avec autant de distinction que de modestie un nom qui a illustré la chirurgie militaire.

» Nous avons vu nos procès-verbaux, qui jusqu'à présent n'étaient reproduits que daus un seul journal, être rccbercbés et publiés par une autre feuille qui tend à devenir, si elle ne l'est déjà, un des organes les plus importants de la presse scientifique.

» L'existence et la marche progressive de notre Société ont amené cette année la fondation de celle des médecins des hôpitaux, et c'est notre constitution qui lui a servi de modèle.

» Enfin, une circonstance récente a pu démontrer à tout le monde à quel résultat on arrive dans une Société où, en se livrant au culte de la science, on ne néglige pas les sentiments d'une intelligente confraternité.

» Ainsi, et je suis beureux de le constater dans ce dernier acte de ma présidence, la Société de cbirurgie de Paris, dont l'esprit a été quelquefois mal jugé et dont les intentions ont été méconnues, est dans une voie de prospérité qui doit récompenser vos efforts et votre persévérance.

» Pourquoi faut-il qu'au milieu de tant d'éléments de satisfaction nous soyons attristés par la pensée qu'un de nos collègues, membre bonoraire de la Société, notre excellent et vénéré maître, le professeur Marjolin, est retenu depuis bien longtemps déjà sur un lit de douleur où, dit-on, il montre encore cbaque jour à ceux qui l'entourent ce que peuvent sur les organisations d'élite la résignation et la pbilosophie ! »

Ce discours est accueilli par des applaudissements, et son impression, proposée par l'un des membres, est adoptée à l'unanimité.

— MM. Deguise père, Danyau et Larrey, en prenant place au bureau, expriment leurs remercîments à la Société.

— M. Chassaignac a dans son service, à l'hôpital Saint-Antoine, un malade atteint d'une fausse articulation du radius à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs, et il se demande quels moyens il emploiera pour en obtenir la guérison. Il craint que des adhérences ne s'établissent entre le fragment inférieur du radius et le cubitus, adhérences qui n'existent pas quant à présent, mais qui priveraient l'avant-bras de ses mouvements de rotation. C'est pourquoi il cherche à écarter le fragment du radius. L'accident est survenu dans un autre hôpital de Paris; mais il doit être attribué à l'indocilité du malade, qui n'a pas voulu s'assujettir à porter un bandage et qui reconnaît ne pouvoir imputer qu'à lui seul le fâcheux résultat de sa fracture. Il s'agit ainsi d'une fausse articulation avec tendance au rapprochement, mais sans adhérences.

Un interne de M. Chassaignac a fait quelques expériences à ce sujet. Il a pratiqué la section du radius, et par le rapprochement du fragment inférieur, il a rendu les mouvements impossibles ; d'où l'ankylose serait à craindre.

M. Denonvilliers. Quels sont les mouvements difficiles ou impossibles ?

M. Chassaignac. Ce sont les mouvements de pronation et de supination. C'est le membre gauche qui se trouve intéressé (le cubitus est intact) ; et il résulte de cette lésion que la flexion de la main et des doigts est à peu près impossible, si ce n'est pour saisir des corps assez volumineux.

M. Lenoir pense que M. Chassaignac n'a pas encore suffisamment observé son malade pour qu'il soit permis de discuter avec connaissance de cause et les accidents qui s'y rapportent et les moyens qui lui seraient applicables, aussi bien que les suites probables du traitement.

Il y aurait nécessité, par exemple, d'indiquer l'époque de

l'accident, parce qu'il existe des différences entre une fausse articulation récente et une fausse articulation ancienne.

L'âge du malade est utile aussi à connaître, parce que la consolidation des fractures se fait plus facilement chez les enfants.

L'appréciation des antécédents n'est pas moins essentielle comme influence morbide, syphilitique, scorbutique ou autre.

La disposition relative des fragments exige une notion exacte pour savoir s'ils offrent de la motilité, du déplacement, de la crépitation et de la réductibilité.

S'agit-il enfin d'nne pseudarthrose de continuité ou de contiguité, et la gêne des mouvements de la main dépend-elle en réalité du défaut de consolidation de la fracture du radius, ou ne serait-elle pas due à une inflammation consécutive des gaînes tendineuses des muscles fléchisseurs ?

M. Chassaignac se félicite d'avoir exposé le fait dont il s'agit, puisqu'il semble digne de l'intérêt de la Société. Il voudrait répondre à M. Lenoir sur les diverses questions soulevées par lui ; mais il regrette de n'avoir pas encore examiné le malade sous ces divers points de vue. Il peut dire cependant qu'il s'agit d'un jeune homme de vingt-six ans, et que la date de l'accident remonte à six mois environ ; mais il ignore s'il existe dans ce cas une diathèse ou un vice constitutionnel. Quant à la fracture non consolidée, sa réduction est praticable, facile, si ce n'est que la pression exercée détermine trop de rapprochement entre le fragment inférieur du radius et le cubitus.

M. Lenoir, abordant la question du traitement, considère l'acupuncture comme préférable au séton, qui provoque quelquefois des accidents inflammatoires assez graves. L'emploi des aiguilles est au contraire plus simple et plus facile, puisqu'on peut en augmenter le nombre à volonté et en doser pour ainsi dire l'action irritante proportionnellement à leur quantité. L'acupuncture semble enfin à l'abri des accidents ; mais elle peut entraîner des longueurs dans le traitement, et

devenir même insuffisante si les aiguilles ne sont pas assez multipliées. Quant à la résection, elle doit être rejetée.

M. Chassaignac croit devoir insister sur l'impossibilité de la flexion chez son malade.

M. Lenoir a même employé une fois l'acupuncture pour une pseudarthrose du fémur, tandis qu'il a vu dans deux cas les accidents occasionnés par le séton entraîner la mort.

M. Chassaignac tâchera d'utiliser le conseil de M. Lenoir.

M. Robert partage les opinions de M. Lenoir relativement à l'acupuncture, et croit que tout est à faire, à examiner dans la question des pseudarthroses ; car, dans ces cas, le plus souvent la chirurgie en est réduite à l'empirisme. Il y a deux espèces de pseudarthroses : 1° des pseudarthroses par continuité ; 2° des pseudarthroses par contiguïté. A laquelle des deux espèces a-t-on affaire ? C'est là une grande difficulté à résoudre. Il a complétement échoué dans un cas ; après avoir appliqué quinze aiguilles, une substance cartilagineuse s'était interposée entre les fragments. Il se rappelle que Breschet considérait les pseudarthroses par continuité comme les plus fréquentes.

M. Chassaignac fait observer que chez son malade il a senti une juxta-position, et il est porté à croire que la pseudarthrose a probablement lieu par contiguïté, parce qu'il a perçu un bruit de craquement.

M. Robert ne doute pas que le tissu cartilagineux ne soit défavorable à la consolidation , et il insiste sur la préférence qu'il convient d'accorder à l'acupuncture.

M. Maisonneuve a rencontré dans sa pratique plusieurs cas de pseudarthrose qu'il a constamment guéris, à l'exception d'un seul qui se trouve actuellement dans son service. La guérison lui semble d'autant plus sûre , qu'il s'agit d'un seul os non consolidé. Il a eu à traiter, notamment à l'Hôtel-Dieu , un malade du service de M. Roux , et plusieurs à Bicêtre , pour des pseudarthroses de la jambe. C'est au séton qu'il a eu recours et qu'il donne la préférence. Une seule fois il a employé les aiguilles sans succès.

Le fait que M. Maisonneuve a maintenant sous les yeux se rapporte à une jeune fille atteinte de pseudarthrose de la jambe, consécutive à une fraction complète de l'extrémité inférieure du membre. La négligence totale des soins nécessaires à cette enfant, négligence coupable de la part de sa mère qui l'avait cruellement forcée à marcher, avait déterminé d'abord une courbure du membre et une consolidation vicieuse de la fracture avec incurvation. M. Maisonneuve brisa le cal à l'aide des béquilles de Mayor; mais la fracture ne s'est point consolidée depuis, et il y a déjà plus de deux ans que la rupture du cal a été faite. L'emploi du séton n'a produit qu'une amélioration légère; l'acupunture, insuffisante aussi, semble cependant avoir un peu affermi le membre. M. Maisonneuve se propose d'essayer de nouveau les mêmes moyens dans ce cas intéressant, comme conséquence fâcheuse d'une rupture du cal.

M. René Marjolin regrette que M. Chassaignac n'ait pas fait connaître complétement le fait qu'il vient de communiquer à la Société avant de poser la question de méthode curative.

— M. le président annonce à la Société que la commission des comptes s'est réunie, et qu'elle a exprimé à son honorable trésorier combien elle était satisfaite de sa gestion.

— La séance est levée à cinq heures.

Séance du 18 *juillet* 1849.

Présidence de M. Deguise père.

M. Giraldès, à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, revient sur l'opinion qu'il avait émise relativement à la tumeur sublinguale opérée par M. Lenoir. Il a examiné de nouveau les granulations composant cette tumeur; et d'après une étude microscopique faite avec beaucoup de soin par M. Robin, il a reconnu avec cet habile observateur que la matière prise par lui pour de la matière épithéliale unie aux granulations et à du tissu graisseux était de la matière albu-

mineuse. C'est donc à l'opinion de M. Robin que M. Giraldès s'empresse d'adhérer.

— M. Michon présente une pièce anatomique qu'il croit intéressante surtout pour M. Chassaignac. C'est une pseudarthrose du cubitus survenue chez un homme d'une soixantaine d'années, qui avait eu l'avant-bras mordu par un cheval. Le radius avait été préservé de la morsure, et le cubitus seul avait été fracturé, mais avec complication de plaie et d'attrition des parties molles. Les soins que réclamait cet accident n'empêchèrent pas une suppuration assez abondante et l'issue par la plaie de quelques fragments d'os et de parties molles gangrenées. L'application d'un appareil était devenue impossible. Le malade, venu de la campagne à Paris, entra à l'hôpital après six ou huit mois de traitement. Il offrait alors sur la région dorsale de l'avant-bras un gonflement assez considérable, avec des plaies fistuleuses qui permettaient à un stylet de pénétrer jusqu'à un séquestre du cubitus. Celui-ci fut enlevé par une incision ; la plaie se trouvait réunie, le gonflement s'était dissipé, et la guérison semblait effectuée, lorsqu'en examinant avec soin le membre M. Michon constata de la déformation, de la mobilité entre les fragments du cubitus. Il essaya par des tractions méthodiques et par un appareil ordinaire, puis par un appareil inamovible, d'obtenir le contact et l'immobilité des fragments. Tout allait bien, lorsque le malade fut atteint du choléra et mourut.

La dissection du membre fit reconnaître les dispositions suivantes :

Le radius est intact, et le cubitus se trouve fracturé à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur ; les fragments paraissent en contact, mais ils sont un peu coudés, et l'inférieur s'appuie contre le radius sans y adhérer. Le cubitus présente sur une assez longue étendue, depuis le niveau de la fracture, des caractères évidents d'ostéite ; un petit séquestre subsiste entre les deux fragments, à la face palmaire, sorte de jetée osseuse formant obstacle à la juxta-position des deux

os. La pièce, en macération dans l'eau, démontre la mobilité des fragments.

M. Michon conclut de ce fait que M. Chassaignac s'est exagéré les craintes d'une adhérence entre le fragment inférieur et l'autre os de l'avant-bras, puisqu'ici, malgré le contact, l'adhérence ne s'est pas effectuée. Une conséquence physiologique du même fait et différente aussi, c'est l'intégrité de l'exercice de la main, qui aurait permis au malade de faire usage de ses doigts si sa profession l'y eût obligé ; mais il était terrassier, il avait besoin d'une assez grande force dans l'avant-bras. On devait essayer de le guérir ; c'est pourquoi M. Michon avait tenté, mais en vain, d'obtenir la consolidation par l'emploi d'un appareil.

M. Chassaignac remercie M. Michon des détails qu'il a exposés sur ce fait, et il tâchera d'en tirer un parti utile pour la pseudarthrose dont il doit entreprendre la guérison. Il a d'ailleurs examiné plus attentivement son malade, et peut répondre mieux aux questions qui lui ont été adressées dans la dernière séance.

Ainsi, il s'agit d'un jeune homme de vingt-neuf ans, n'offrant aucun signe d'une affection constitutionnelle. L'accident a sept mois de date, et la pseudarthrose est de celles que l'on désigne sous le nom de pseudarthrose de contiguïté ; la flexion est des plus difficile.

M. Chassaignac, d'après les remarques qui ont été faites, reconnaît l'indication formelle d'agir. Il s'est contenté jusqu'ici de refouler l'espace interosseux à l'aide d'un rouleau de diachylum ; mais, encouragé par M. Michon, il essaiera d'obtenir la cure radicale de la fausse articulation, espérant qu'il ne s'établira pas d'adhérence entre le radius et le cubitus. Car si ce fâcheux résultat devait survenir, mieux vaudrait peut-être abandonner le membre à lui-même, et chercher simplement, à l'aide d'un appareil mécanique, à diminuer l'impotence de la main.

M. Larrey a dans son service, à l'hôpital du Gros-Caillou,

un jeune soldat de bonne constitution, exempt de maladie syphilitique ou autre, qui a eu le radius gauche récemment fracturé par cause directe. Une barre de fer est tombée sur l'avant-bras, et a déterminé ainsi une fracture complète et compliquée de deux plaies contuses à l'union du tiers inférieur du radius avec le tiers moyen, en laissant le cubitus intact. La crépitation et la motilité très sensibles ne permettent cependant pas l'application immédiate d'un appareil, à cause du gonflement considérable du membre et de la suppuration abondante qui s'est promptement établie par les deux plaies en rapport avec le foyer de la fracture. Il est à craindre que les fragments baignés par le pus ne puissent se mettre en contact et ne se consolident point. M. Larrey, dans l'appréhension de ce résultat ultérieur, a combattu d'abord le gonflement traumatique par les réfrigérants sous forme d'irrigation, et il a ensuite soumis le membre à une légère extension continue, en le laissant à découvert, pour obtenir l'immobilité des fragments; il lui a donné aussi une position convenable pour faciliter l'écoulement du pus en même temps que le dégorgement du membre. M. Larrey appliquera enfin à cette fracture un appareil inamovible, et il rendra compte à la Société du résultat qu'il aura obtenu.

M. Loir, comme tous les chirurgiens, ne doute pas que le défaut de consolidation des fractures ne résulte du défaut de coaptation des fragments, et il se propose de présenter à la Société des exemples de fractures non consolidées. Revenant au fait signalé par M. Chassaignac, il croit la consolidation très possible, puisque l'accident ne date que de quelques mois.

M. Huguier insiste sur la crainte exprimée par M. Chassaignac de voir le radius se souder au cubitus; et, quoique ce soit un fait rare, il en a vu aussi un exemple curieux, qui lui a été fourni par M. Alphonse Sanson, à l'époque où cet honorable confrère dirigeait l'Ecole auxiliaire de médecine. Les deux fragments du radius avaient contracté une adhé-

rence intime avec le cubitus. C'est pourquoi M. Huguier croit essentiel de tout faire pour éviter ce fâcheux résultat.

M. R. Marjolin demande encore si, dans le fait de M. Chassaignac, il existe quelque diathèse.

M. Chassaignac répond qu'il n'y en a aucune trace.

M. Morel-Lavallée ne pense pas que ces cas d'adhérences soient extrêmement rares; et l'opinion exprimée par M. Loir lui semble fort importante en ce qu'elle domine la question tout entière. L'application d'un appareil est indispensable pour maintenir les fragments immobiles, surtout si, à part les diathèses générales, il existe quelque cause locale susceptible de retarder ou d'empêcher la consolidation, telle serait l'affection décrite par M. J. Cloquet, sous le nom de *scorbut local.* Telle fracture, après avoir été jugée comme hors d'état de se consolider, se consolide quelquefois cependant à l'aide d'un bandage inamovible ; et, comme l'a indiqué M. Loir : « Jusqu'à ce que ce premier traitement ait été tenté, vous ne » pouvez raisonnablement en tenter un autre. »

M. Chassaignac, répondant à M. Loir, et sans rejeter absolument l'emploi d'un appareil, croit que l'on n'obtiendrait, par ce moyen, aucun résultat favorable; et pour le croire ainsi, il se fonde sur ce que les fragments ont perdu par le frottement les inégalités propres à faciliter leur soudure et sur ce qu'ils n'ont plus de crépitation. D'où il résulte probablement qu'à l'extrémité de ces fragments s'est organisé un tissu fibro-ligamenteux qui doit s'opposer à la consolidation. Dans les cas enfin où on a obtenu quelque chose d'un appareil, c'est après avoir produit des frottements entre les bouts de l'os fracturé.

M. Morel-Lavallée insiste sur la nécessité d'appliquer un appareil lorsqu'il y a mobilité entre les fragments, et il a souvenir d'une fracture non consolidée du tibia observée par lui avec M. Bouvard, et qui finit par guérir à l'aide de l'appareil dextriné de M. Velpeau.

M. Loir trouve la réponse de M. Chassaignac insuffisante,

puisque, encore une fois, chez son malade il n'y a pas eu d'appareil appliqué.

M. CHASSAIGNAC soulève à ce sujet une question de principe, à savoir : jusqu'à quelle époque est-il permis d'espérer la consolidation d'une fracture? Car, si on n'a point employé déjà d'appareil pour obtenir la formation du cal et si les fragments libres ont été abandonnés à eux-mêmes, ce n'est pas une raison suffisante pour compter ensuite sur l'efficacité d'un bandage, puisque le contact immédiat est impossible. Il y aurait, par exemple, bien peu de chances de succès après cinq mois.

M. GUERSANT appuie l'opinion de M. Chassaignac; car, dit-il, si le malade doit guérir, il guérira quel que soit l'appareil et même sans appareil, et la consolidation régulière ou irrégulière se fera, en moyenne de durée, au bout de quarante et quelques jours. Cette disposition est surtout évidente chez les enfants; tandis que par une cause générale ou par une cause locale, que l'on applique ou non un appareil, la consolidation n'a pas lieu. Il faut agir autrement, et traiter un cas semblable par une opération chirurgicale. Cela s'applique surtout aux fractures simples du radius sans fracture du cubitus.

M. MAISONNEUVE trouve les opinions de MM. Chassaignac et Guersant trop absolues. Le défaut de consolidation résultant du défaut d'immobilité des fragments démontre, dans le cas soumis à la discussion, qu'il est indispensable d'obtenir cette immobilité en ayant recours à l'application d'un appareil. Il y a aussi des causes externes qui s'opposent à la consolidation des fractures, tandis que les causes internes peuvent manquer. Ainsi, un appareil mal fait, mal appliqué ou dérangé par les mouvements d'un malade indocile produit quelquefois ce fâcheux résultat, et cependant on parvient encore après plusieurs mois à effectuer la formation du cal. Il n'est donc pas exact de dire que les fragments ne puissent alors se souder, et en conséquence il ne faut pas rejeter absolument l'ap-

pareil contentif ou inamovible. M. Maisonneuve a souvenir de quelques cas de fractures dont la consolidation tardive ne pouvait être attribuée qu'à des mouvements inconsidérés.

Quant à la question soulevée par M. Chassaignac relativement à l'époque de la consolidation, M. Maisonneuve ne pense pas qu'elle puisse être nettement résolue dans l'état actuel de la science. Le travail de soudure des os fracturés et maintenus dans l'immobilité ne fixe point de limites rigoureuses à la consolidation.

M. R. Marjolin croit que MM. Morel-Lavallée et Maisonneuve ont réduit la question soulevée par M. Chassaignac à ses termes vrais. Il y a d'ailleurs des variétés infinies dans les circonstances qui peuvent empêcher la formation du cal. Il a vu à l'hôpital Beaujon deux cas de fractures, l'une simple de la cuisse, l'autre simple de la jambe, chez des sujets de bonne constitution, et qui n'étaient point consolidées cependant après six mois. Mais enfin, avec le temps et de nouveaux appareils, la guérison des deux malades s'opéra. (L'un d'eux fut traité à l'hôpital Saint-Antoine par M. P. Bérard.)

M. Chassaignac voudrait répondre à toutes les objections qui lui ont été adressées; ainsi, d'après MM. Marjolin et Maisonneuve, il n'y a pas de raison pour ne point attendre pendant des années la formation du cal! Il ne faut pas confondre non plus une fracture non consolidée avec une fausse articulation, lorsqu'il n'existe plus de signes de la fracture proprement dite. Eh bien ! il n'y a rien de précis à cet égard.

M. Guersant rappelle que le fait de M. Chassaignac est un cas particulier, dont la cause générale ou locale a eu pour effet spécial le frottement des fragments.

M. Larrey termine cette discussion en faisant ressortir un fait contradictoire établi non-seulement par M. Chassaignac, mais encore par la plupart des chirurgiens : à savoir, d'une part, la mobilité des fragments justement considérée comme obstacle à la consolidation d'une fracture, et, d'autre part, la mobilité aussi de ces fragments recommandée comme moyen

préalable à l'emploi d'un appareil contentif ou inamovible pour obtenir précisément cette consolidation.

— M. MICHON, pour raison de santé, demande un congé de six semaines. — Accordé.

— M. DEMARQUAY, prosecteur de la Faculté, après avoir présenté à la Société une fracture non consolidée du fémur et diverses préparations anatomiques pour appuyer sa candidature, lit un *Mémoire sur les Plaies de la vessie par armes à feu.* Une commission composée de MM. Larrey, Chassaignac et Giraldès est chargée d'examiner ce travail et d'en faire un rapport à la Société.

— M. MAISONNEUVE présente une pièce d'anatomie pathologique relative à un *anus artificiel* pratiqué dans la région lombaire gauche, suivant le procédé de M. Amussat.

Il s'agit d'un homme de trente-trois ans, atteint d'un carcinome de l'extrémité inférieure du rectum, avec rétrécissement absolu de l'intestin, rendant la défécation complétement impossible.

Le malade était entré à l'hôpital Cochin dans un état des plus alarmants. M. Maisonneuve se décida aussitôt à pratiquer l'opération de l'anus artificiel dans la région lombaire gauche, en se conformant aux données rigoureusement établies par M. Amussat, et sans éprouver d'ailleurs de difficultés réelles pour y parvenir. Une incision transversale mit à nu le colon descendant, sans toucher au péritoine; les lèvres de la plaie intestinale furent unies aux lèvres de la peau. Une quantité considérable de matières fécales sortit immédiatement par cette ouverture, et détermina un soulagement instantané. L'état du malade s'était amélioré sensiblement; la défécation avait repris un nouveau cours; les digestions et l'appétit ne laissaient rien à désirer, lorsqu'au bout de deux mois l'opéré succomba à une phthisie tuberculeuse.

La pièce anatomique présentée par M. Maisonneuve offre d'abord l'ouverture transversale de la peau, avec une disposition infundibuliforme bien prononcée, ensuite l'ouverture in-

testinale dont les lèvres sont adhérentes à l'orifice tégumentaire; puis la partie inférieure du rectum oblitérée par le carcinome, à tel point que rien absolument ne passait par l'anus naturel.

M. Gosselin signale les inconvénients de l'anus artificiel pratiqué à la région lombaire, notamment une gêne plus grande dans la défécation et la nécessité de soins plus multipliés. Il demande à M. Maisonneuve si son malade semblait plus incommodé par cet anus ainsi placé, qu'il ne l'eût été par un anus établi dans la région iliaque.

M. Maisonneuve a vu des cas d'anus artificiel dans la région inguinale, sans pouvoir établir à cet égard de comparaison. Son malade n'avait pas d'excoriatiou à la peau, quoiqu'il fût sali fréquemment; et s'il eût pu le guérir complétement, il lui aurait appliqué un bandage en gomme, d'après l'idée que lui en avait suggérée un malade de Bicêtre.

M. Morel dit que dans l'opération de l'anus artificiel on doit avoir égard à deux difficultés principales: 1° difficulté de trouver l'intestin; 2° difficulté de distinguer l'intestin dépourvu de péritoine.

M. Maisonneuve a pratiqué l'opération dans de mauvaises conditions chez un nouveau-né, qui est mort huit jours après. Il avait encore suivi le procédé de M. Amussat. La difficulté est moindre chez l'adulte pour écarter le péritoine; mais elle subsiste réellement pour distinguer l'intestin, que l'on devine plutôt qu'on ne le reconnaît d'une manière exacte.

— M. Chassaignac appelle l'attention de la Société sur un malade actuellement placé dans son service, et qui présente un exemple d'inflammation franche de la glande sous-maxillaire avec dilatation du canal de Warthon. La lésion a été produite, au dire du malade, par un fragment de paille qui aurait pénétré dans la bouche. Si, la pointe de la langue étant relevée, on projette un peu de sel sur le plancher de la cavité buccale, on voit sourdre la salive avec abondance par le canal de Warthon sain. Si au contraire on comprime avec les doigts

le canal du côté malade, on fait sortir une gouttelette de pus.

M. Maisonneuve soutient que ce sont précisément les cas de ce genre qu'il ne faut pas confondre avec la grenouillette.

M. Chassaignac se réserve de ramener la discussion sur ce fait et sur ceux qui offrent avec celui-là le plus d'analogie.

— La séance est levée à cinq heures un quart. H. L.

Séance du 25 juillet 1849.

Présidence de M. Deguise père.

M. Giraldès, à l'occasion du procès-verbal, revient encore sur le fait relatif à une tumeur sublinguale opérée par M. Lenoir à l'hôpital Necker. Cette tumeur, ponctionnée d'abord, et vidée de la matière qu'elle contenait, a été ouverte une seconde fois pour donner issue à une assez grande quantité de pus et de gaz fétides. M. Giraldès, en prenant le service de M. Lenoir, a élargi enfin cette ouverture; il a constaté que la salive devient très abondante pendant la mastication, et en faisant des injections dans le kyste il a constaté aussi le passage du liquide dans la cavité buccale par l'orifice du conduit de Wartbon. La conséquence à déduire de ce fait est qu'il ne s'agit pas d'un kyste juxta-posé à la glande sous-maxillaire, mais d'une tumeur formée par le conduit de Warthon lui-même.

M. Huguier fait observer que dès le principe il avait été question d'un kyste, à l'existence duquel on avait cru; de là, par conséquent, des difficultés inévitables pour le diagnostic qu'il croit utile de signaler.

M. Giraldès explique comment, la première fois qu'il s'est agi de ce fait, la discussion ne s'était pas établie sur l'étiologie de la tumeur, puisqu'il n'y avait pas d'opinion arrêtée à cet égard; mais il reconnaît que le diagnostic a été porté trop précipitamment; car les preuves à l'appui le contredisent aujourd'hui.

— M. Monod pense devoir s'excuser d'appeler encore l'attention de la Société sur le sujet presque épuisé des fractures non consolidées ; mais le fait qu'il désire faire connaître lui semble digne de quelque intérêt. Il veut parler d'une fracture du fémur chez un homme adulte, d'une bonne constitution, qui fut renversé par un coup de pied de cheval et tomba dans un trou profond. Ce fut ainsi que le fémur se brisa en perforant la peau par son fragment supérieur, lequel présentait au dehors une saillie prononcée. Le blessé, transporté à l'hospice le même jour (19 mars 1847), reçut les soins de M. Monod, qui le fit examiner occasionnellement par M. Vidal. Le membre fut enveloppé d'un appareil contentif et placé sur le plan incliné, avec les précautions nécessaires pour maintenir cette position et assurer l'immobilité prolongée ; mais deux mois après il n'y avait pas de consolidation. Un appareil inamovible fut substitué à l'autre, et sembla favoriser la formation du cal. Il n'en était rien encore ; un troisième bandage n'eut pas plus d'efficacité, les fragments restaient mobiles. Ce fut enfin et seulement quatorze mois après, c'est-à-dire au mois de mai 1848, qu'à l'aide d'un nouvel appareil inamovible et d'un double plan incliné s'effectua la consolidation. M. Marjolin père a vu un cas analogue de fracture de cuisse dont la consolidation se fit attendre pendant dix-huit mois, sans qu'aucune cause appréciable ait pu expliquer ce long retard.

Quant au fait qui lui est propre et dont il vient de parler, M. Monod ne peut se rendre compte du défaut de consolidation par une influence quelconque de diathèse générale, tandis qu'il l'attribue volontiers à une circonstance toute locale. C'est, selon lui, l'interposition entre les fragments de quelque faisceau musculaire qui aura mis obstacle à leur juxta-position ; et ce qui fait supposer qu'il en a été ainsi, c'est que, lors de la dernière application d'appareil, la mobilité devint plus sensible, en même temps que le membre, s'allongeant davantage, se prêta mieux à la coaptation.

M. Chassaignac apprécie les conséquences pathologiques et thérapeutiques du fait raconté par M. Monod, et il fait observer que le retard à la consolidation des fractures compliquées est généralement connu des chirurgiens, tant que les complications s'opposent à la formation du cal; mais il déclare aussi que le cas dont il vient d'être question, représentant une fracture compliquée de plaie, n'est point assimilable à celui qu'il a exposé lui-même précédemment, malgré les inductions utiles que l'on peut tirer de l'observation de M. Monod. M. Chassaignac répète enfin la question de principe qu'il a soulevée dans une autre séance, à savoir: si, dans l'état actuel de la science, il n'est pas une époque au delà de laquelle on ne doit plus espérer la consolidation d'une fracture.

— M. Maisonneuve présente les extrémités osseuses d'une articulation du genou, dont il a pratiqué la résection, pour un cas de tumeur blanche; et avant de faire connaître le fait qui s'y rapporte, il expose quelques considérations générales à ce sujet.

La résection de l'articulation du genou, dit-il, est une opération abandonnée depuis longtemps, et qui a été d'ailleurs très peu pratiquée en France. M. Roux est peut-être le seul qui l'ait faite il y a une vingtaine d'années environ, et depuis on n'y a pas eu recours. M. Velpeau, dans son ouvrage de médecine opératoire, et les autres auteurs de livres de chirurgie, ont blâmé la résection du genou, et ont fondé leur blâme sur le raisonnement, faute de pouvoir l'étayer assez sur les faits. M. Maisonneuve lui-même avoue qu'en démontrant la médecine opératoire aux élèves, il avait soin de leur signaler cette résection comme mauvaise et devant être délaissée tout à fait. Il raisonnait en cela théoriquement; mais en répétant l'opération sur le cadavre il fut étonné de l'apparence avantageuse du résultat, surtout par un procédé qu'il imagina et qu'il se promit dès lors d'essayer sur le vivant à la première occasion. Ce procédé, comme celui de Syme, enlève la rotule par une large ouverture circulaire formant une

plaie isolée, découverte à la face antérieure du membre. L'occasion attendue par M. Maisonneuve s'est présentée à lui. Un jeune homme de dix-neuf ans est entré récemment à l'hôpital Cochin pour une tumeur blanche du genou qui, après avoir débuté par les parties molles, avait envahi les parties dures, et semblait avoir altéré profondément les os.

L'amputation de la cuisse avait été déjà décidée; mais, par réflexion, M. Maisonneuve résolut de faire la résection du genou. Son malade se trouvait dans d'assez bonnes conditions pour lui donner à penser que les avantages de cette opération en compenseraient les inconvénients. C'est en effet, dit-il, une opération prompte, facile et simple, qui ne nécessite pas une seule ligature, puisqu'elle n'expose à la lésion d'aucun vaisseau, non plus qu'à celle d'aucun nerf. La plaie qui en résulte est nette et laisse au pus un écoulement libre.

Voici comment M. Maisonneuve a procédé à cette opération :

Deux incisions semi-elliptiques, l'une au-dessus, l'autre au-dessous de la rotule, ont circonscrit un lambeau qui a été entièrement détaché avec cet os; la section des ligaments latéraux et des ligaments croisés faite ensuite a permis de luxer la jambe sur la cuisse; la résection des extrémités articulaires du fémur et du tibia a été successivement faite de dedans en dehors ou d'arrière en avant à l'aide d'une petite scie sans toucher au péroné. Un repli de la membrane synoviale formait derrière le tendon du triceps crural un cul-de-sac assez profond; ce repli fut incisé, et il en résulta une plaie libre dans toute son étendue, bien circonscrite par cette membrane séreuse. Un appareil convenable a maintenu le membre dans l'extension, et l'opération, qui date de neuf jours seulement, fait présager à M. Maisonneuve un heureux résultat.

La plaie se recouvre de bourgeons charnus de bonne nature, qui s'étendent même déjà sur les surfaces osseuses, et la cicatrisation semble ainsi assurée.

Quant à l'altération des os, comme elle est survenue consé-

cutivement à l'altération des chairs, elle se trouve assez bornée, superficielle même, comme on peut le voir sur la pièce anatomique; c'est pourquoi il a été possible de réduire la résection à d'étroites limites sans exposer le membre à un raccourcissement considérable.

M. Maisonneuve, après cet exposé du fait particulier, en apprécie les conséquences générales. La plaie qui résulte de la résection du genou est, selon lui, une plaie comparable à celle d'une fracture compliquée, quant à la longueur du traitement, moins la gravité de la lésion. La section des os, il est vrai, offre une large surface; mais cette section, portant sur la partie spongieuse, lui semble présenter moins d'inconvénients que n'en aurait la section de la partie compacte.

En résumé, M. Maisonneuve croit la résection du genou moins grave que l'amputation de la cuisse, parce que la plaie des os et des parties molles est simple, et préserve les vaisseaux et les nerfs contre l'instrument tranchant; elle met aussi l'opéré à l'abri non-seulement de l'hémorrhagie, mais de la phlébite et des fusées purulentes, accidents tellement à craindre après l'amputation de la cuisse qu'ils constituent trois grandes causes de mort. Si d'ailleurs l'une et l'autre de ces deux opérations se compensaient en quelque sorte sous plusieurs rapports, la résection serait encore préférable à d'autres égards. Ainsi un raccourcissement, fût-il même de quatre pouces, a plus d'avantage que le membre artificiel le mieux fait. Quant à la durée du traitement, il est bien vrai que la résection entraîne à sa suite beaucoup de temps pour guérir; mais les faits acquis jusqu'à présent sont encore trop peu nombreux pour permettre de décider cette question, si ce n'est *à priori;* et, sous ce point de vue seulement, l'amputation de la cuisse aurait une incontestable supériorité.

M. Gosselin déclare qu'il n'est pas touché des raisons que M. Maisonneuve a cherché à faire valoir en faveur de la résection, et il ne partage pas ses espérances. C'est par un raisonnement *à priori* qu'il répondra à des réflexions faites *à*

priori. Et d'abord, s'il est vrai que la veine poplitée soit à l'abri d'une lésion hémorrhagique, il est vrai aussi que, sans être ouverte, elle est néanmoins exposée à la phlébite. N'y a-t-il pas à craindre, en outre, les effets résultant de la surface et du volume des os mis à nu, c'est-à-dire la traumatique et par suite la résorption purulente? Cet inconvénient-là semble dépasser l'avantage de ne pas ouvrir la veine, et de plus que, dans l'amputation de la cuisse, il faut une longueur de temps considérable pour assurer la guérison complète; de là évidemment une gêne proportionnée dans la station, dans la progression et dans les divers mouvements du membre. Les conclusions de ce raisonnement sont donc toutes défavorables à la résection.

M. Gosselin ajoute qu'il existe, comme le savent tous les chirurgiens, une grande différence entre les résections des membres supérieurs et celles des membres inférieurs, parce que ceux-ci, manquant d'un soutien solide, gagnent fort peu de chose à l'opération. En un mot, la résection du genou ne prendra pas dans l'art le rang qu'elle n'y a jamais obtenu.

M. Giraldès expose des considérations analogues à celles que vient de développer M. Gosselin, et, de plus, il signale le tort d'établir un parallèle entre l'amputation de la cuisse et la résection du genou, alors que M. Maisonneuve cite à l'appui de son opinion un seul fait, dont le résultat est même encore incertain pour lui, alors aussi qu'il n'a rien dit des opérés de Syme et de Park. De là résulte, dit M. Giraldès, la nécessité pour M. Maisonneuve de tenir la Société au courant de ce qui peut advenir à son malade, car lui a vu ailleurs des chirurgiens garder le silence sur les suites fâcheuses d'opérations qu'ils avaient entreprises avec hardiesse et dont ils avaient signalé prématurément le succès.

M. Maisonneuve, répondant d'abord à M. Gosselin, puis à M. Giraldès, qui l'a blâmé d'une façon indirecte, croit qu'il est d'usage à la Société de chirurgie, qu'il est utile même

d'annoncer les cas intéressants dès leur apparition. C'est ce qu'il a eu l'intention de faire pour son compte.

Quant aux opérations pratiquées par Syme et Park, il sait que, sur onze ou douze, trois ont été suivies d'une guérison parfaite; mais ayant jugé ces faits encore insuffisants, il a cru devoir passer outre et renouveler lui-même l'épreuve. Il a eu de sérieuses raisons pour examiner pratiquement une opération presque ignorée en France, et, par cela même, il repousse les critiques de M. Giraldès.

M. Maisonneuve se déclare satisfait d'ailleurs des objections qui lui sont adressées, parce qu'elles sont précisément celles qu'il s'était adressées à lui-même. Ainsi, la phlébite, dont M. Gosselin a exagéré les chances, est très rare, selon lui. Les faits sont loin de confirmer cette allégation.

La véritable objection, la seule bien sérieuse, il l'admet et la reconnaît fondée; c'est l'étendue des surfaces osseuses mises à découvert. Mais il lui a semblé, dit-il, sans en avoir la certitude et sans pouvoir en donner l'explication, il lui a semblé que les opérations pratiquées dans la partie spongieuse des os offraient moins de dangers que celles qui étaient faites dans la partie compacte. Le désavantage résultant de l'étendue des surfaces osseuses est donc contre-balancé, selon lui, par l'avantage d'opérer sur des épiphyses. Si, enfin, la guérison est obtenue par la résection, le résultat lui paraît plus favorable qu'après l'amputation.

M. Huguier approuve M. Maisonneuve d'avoir voulu juger par lui-même une opération que les chirurgiens ne sont pas tentés de faire ordinairement; mais il lui adressera quelques objections. Il conteste d'abord l'idée émise par lui relativement au tissu spongieux; et il craint, d'après les raisons mêmes indiquées déjà, la phlébite osseuse et l'infection purulente, quoique la dénudation et la nécrose lui semblent, à vrai dire, plus à redouter dans le tissu compacte.

M. Huguier reproche ensuite au procédé de M. Maisonneuve de laisser dans le creux poplité un cul-de-sac ou in-

fundibulum au fond duquel le pus doit tendre à s'amasser. Il fait remarquer aussi que la capsule synoviale se prolonge souvent à l'articulation tibio-péronière, d'où les chances d'autres accidents. Il a rencontré récemment encore cette disposition chez un sujet qui semblait avoir un kyste du jarret, et qui, après la ponction de cette tumeur, tomba malade et mourut du choléra. L'autopsie démontra que ce prétendu kyste était une dépendance de la synoviale du genou formant une saillie dans le creux poplité.

M. Huguier ajoute que M. Maisonneuve se trompe en croyant ne pas ouvrir de gaînes tendineuses, tandis que, par son procédé, il intéresse nécessairement les tendons, et par conséquent les gaînes tendineuses des muscles jumeaux, poplité, biceps et demi-membraneux.

M. Chassaignac, approuvant le fait propre à M. Maisonneuve, en blâme cependant les conséquences tirées par lui, et il pense que la question en litige ne saurait encore avoir de solution définitive, parce qu'elle est dépourvue des éléments qui lui sont nécessaires. S'il avait, du reste, à pratiquer la résection du genou, il n'adopterait pas ce procédé-là.

M. Chassaignac, lui aussi, en a imaginé un dont l'exécution est facilitée par le tire-fond que M. Vidal propose d'employer pour les résections. Il fait une seule longue incision sur la face externe du genou, et enlève avec la scie à chaînette la tête du péroné après avoir réséqué le fémur et le tibia. Ce procédé assure au membre une position meilleure que celui de M. Maisonneuve.

Quoi qu'il en soit, dit M. Chassaignac, l'étendue de la plaie, après la résection du genou, est incontestablement plus considérable qu'après l'amputation de la cuisse, qui d'ailleurs peut se réunir par première intention. L'inconvénient des surfaces osseuses mises à découvert semble d'autant plus prononcé qu'il s'agit de la portion spongieuse des os, et on ne saurait nier une différence si désavantageuse quant à la durée de la guérison. Reste enfin des difficultés trop réelles

dans la sustentation du membre et dans l'application des moyens de prothèse. Tels sont, en résumé, les inconvénieuts qui doivent être reprochés à la résection du genou.

M. Larrey, sans revenir sur les objections déjà faites à M. Maisonneuve, les approuve presque toutes en principe; mais il pense que la discussion s'est peut-être écartée du cas spécial, très digne d'intérêt à lui seul, en s'engageant dans des généralités sur la valeur relative des résections du genou et des amputations de la cuisse. Et puisque les faits sont aussi rares d'une part qu'ils sont multipliés d'autre part, comment les apprécier judicieusement?

Partageant sur un point l'idée émise par M. Maisonneuve, M. Larrey se contente d'examiner la question qui a trait à la section des os faite comparativement dans le tissu spongieux ou dans les épiphyses, et dans le tissu compacte ou dans la diaphyse. Pour lui aussi, la section du tissu spongieux paraît, toutes choses égales d'ailleurs, moins sujette que celle du tissu compacte à l'inflammation et à ses suites. En effet, dit M. Larrey, le canal médullaire des os longs, mis entièrement à découvert par l'action de la scie, lorsque la diaphyse osseuse est coupée, présente une voie toute ouverte, une bouche béante à l'inflammation, au pus, à la phlébite osseuse et à la résorption purulente, sans parler même de la dénudation interne de l'os et de la nécrose invaginée.

La cicatrisation est aussi plus lente à se faire sur le tissu compacte que sur le tissu spongieux; et si celui-ci, en effet, par sa disposition aréolaire et vasculaire si développée, semble plus exposé à l'inflammation, il en a besoin dans de justes limites, et se prête mieux dès lors au développement des bourgeons charnus, travail nécessaire à la réparation ou à la cicatrice osseuse.

M. Larrey, en émettant tout d'abord cette opinion, l'exprime avec réserve, et croit qu'elle aurait besoin d'être examinée plus en détail; mais pour la soutenir, il ne l'appuie pas seulement sur sa pratique personnelle, sans doute insuf-

fisante, il la fonde bien plus encore sur l'expérience considérable de son père, qui préférait souvent faire les amputations dans la partie spongieuse des os, comme le démontrent quelques-uns de ses procédés opératoires.

M. R. Marjolin croit que, si les résections doivent être pratiquées dans un certain nombre de cas, c'est lorsqu'elles présentent des résultats tellement avantageux pour le malade, qu'ils compensent, en quelque sorte, les dangers auxquels l'opération l'expose. Pour lui, il considère d'une manière générale les résections comme étant beaucoup plus graves que les amputations. Il croit donc qu'il ne faut y recourir que dans un certain nombre de cas. Il a vu à Wurtzbourg, à l'hôpital de Ludwig, dans le service du professeur Textor, de nombreux cas de résections, et malgré l'enthousiasme dont on ne peut se défendre lorsqu'on entend ce célèbre praticien défendre la méthode qui lui a si souvent réussi, il croit qu'il faut établir une grande différence entre les résections du membre supérieur et du membre inférieur, se fondant sur ce point de pratique qu'il est très difficile de préciser, dans certaines maladies des os, le point où s'arrête leur altération. Dès lors, du moment qu'on est obligé de faire subir à l'os une perte de substance trop considérable, le raccourcissement se trouve tel, que pour le membre inférieur il n'y a vraiment aucun bénéfice, et on fait courir aux malades les chances longtemps prolongées d'accidents graves.

M. Vidal voulait prendre la parole sur cette question ; mais il y renonce, parce qu'il ne croit pas à propos de prolonger la discussion. Selon lui, une discussion qui a pour point de départ un fait incomplet ne peut rouler que sur ce qui est généralement connu ou écrit dans tous les livres.

M. Vidal aurait désiré que M. Maisonneuve mît en présence de son malade quelques membres de la Société. On aurait pu alors engager avec fruit une discussion sur le choix qu'il y avait à faire, dans ce cas, entre l'amputation de la cuisse et la résection de l'articulation du genou.

M. Maisonneuve, pour clore la discussion, regrette de ne pouvoir accepter les objections qui lui ont été faites, parce qu'il les croit exagérées. Il persévère dans ses idées, en se réservant de les confirmer par une nouvelle expérimentation.

— M. Guersant présente le fémur d'une petite fille de sept à huit ans, qu'il a amputée pour une ostéite compliquée d'un énorme abcès de la cuisse en communication avec l'articulation du genou, et d'un décollement épiphysaire des condyles du fémur.

A cette lésion locale se joignit une *résorption purulente qui a cédé après trente-deux jours de l'emploi de l'extrait noir de quinquina et de l'alcoolature d'aconit.* La pièce offre un décollement de l'épiphyse des condyles luxés en arrière et entraînés par les muscles fléchissenrs de la cuisse. Le corps du fémur est frappé de nécrose dans son extrémité inférieure; et le canal médullaire est le foyer d'une matière blanche ressemblant à du pus concret, mais révélant, au microscope, une substance d'une nature tuberculeuse.

— La séance est levée à cinq beures et demie. H. L.

Séance du 1er août 1849.

Présidence de M. Deguise père.

Le procès-verbal de la séance dernière fournit encore l'occasion à M. Giraldès de donner quelques nouveaux renseignements sur la tumeur sublinguale opérée par M. Lenoir. Le malade, qui n'est pas guéri, a voulu sortir de l'hôpital; mais avant son départ, on a recueilli une certaine quantité de liquide écoulé par l'ouverture sublinguale. M. Bernard, de Villefranche, l'a examiné attentivement, et a constaté d'une manière définitive que ce liquide était identique à la salive. L'appréciation exacte de ce fait sera donc applicable à d'autres pour déterminer la nature des tumeurs sublinguales d'après la nature même du liquide contenu dans leur intérieur.

M. HUGUIER reconnaît d'autant mieux la valeur de ce moyen de diagnostic, qu'il avait insisté seulement sur l'opinion émise par M. Lenoir, admettant l'existence d'un kyste plutôt que d'un grenouillette.

M. CHASSAIGNAC expose aussi quelques détails sur le fait dont il a entretenu également la Société, et qui se rapporte à une dilatation du conduit de Warthon. Il a fait voir à M. Laborie son malade qui, après s'être trouvé en bon état pendant quinze jours, a été atteint depuis d'accidents inflammatoires assez graves, caractérisés par un engorgement de la tumeur, par des douleurs d'oreilles irradiées vers les mâchoires et le pharynx, en suivant différentes branches du plexus cervical. L'application des sangsues et des émollients a été sans effet jusqu'ici. Réserve sera faite de cette observation pour la Société de chirurgie.

M. LARREY invite M. Géraldès à compléter, de son côté, le fait de l'hôpital Necker.

M. CHASSAIGNAC ramène la discussion sur la résection articulaire du genou, et déclare tout d'abord que, selon lui, M. Maisonneuve s'est fait au moins beaucoup d'illusion en espérant réhabiliter une opération semblable justement discréditée par les chirurgiens les plus habiles.

« Je me permettrai, dit-il, de faire observer à notre collègue qu'il entre dans une voie dangereuse, et que s'il y persiste dans des cas analogues, il s'expose à une expérimentation funeste. C'est à tort que M. Maisonneuve considère cette question comme non jugée; elle a été, au contraire, soumise à l'expérience par d'autres qui en ont apprécié la valeur définitive. »

Sur 13 cas de résection du genou cités par M. Velpeau, il y a eu 10 morts. A côté d'un chiffre pareil, les avantages même allégués en faveur de l'opération deviennent très contestables; sinon, jusqu'où doit aller l'expérimentation? Elle a été poussée assez loin déjà; et s'il est une question jugée en chirurgie, c'est bien certainement celle-là.

Il est vrai, ajoute M. Chassaignac, que l'amputation de la cuisse est une opération grave, très grave; mais, quoiqu'elle entraîne à sa suite des chances trop réelles de mortalité, elle compte encore de nombreux succès. La résection du genou, au contraire, n'offre, le plus souvent, que des résultats désastreux. Combien de fois M. Maisonneuve lui-même aura-t-il l'occasion de la pratiquer? Assez peu, sans doute.

« Je l'exhorte donc, dit M. Chassaignac, comme membre de la Société de chirurgie, à ne pas se laisser entraîner dans la voie qu'il veut suivre. »

M. Vidal désire que M. Maisonneuve rectifie une allégation émise par lui; à savoir, que la résection du genou était une opération presque inconnue en France, tandis qu'elle est enseignée, démontrée dans les livres, dans les cours, partout.

M. Vidal ne voudrait pas prolonger la discussion, mais il pense que M. Maisonneuve, en soulevant cette question, n'en a peut-être pas mesuré toute l'étendue, lorsqu'il aurait dû réduire le fait à ses plus simples proportions, c'est-à-dire au cas de résection en lui-même et à la présentation des pièces anatomiques.

M. Maisonneuve répond qu'il a voulu, en effet, parler seulement du fait qui lui était propre, comme pouvant offrir de l'intérêt à la Société; mais il s'étonne que l'on ait de suite abordé le fond de la question pour discuter ce qui n'était pas en cause. Il persiste à dire, malgré la critique de M. Vidal, que la résection du genou était restée étrangère à la pratique des chirurgiens en France, à l'exception de M. Roux, qui l'a faite une seule fois. Fallait-il donc repousser cette opération parce qu'elle a été expérimentée loin de nous? Ce serait là une façon de raisonner peu logique. Nous manquons d'ailleurs de renseignements, ajoute M. Maisonneuve, sur les résections faites par les chirurgiens étrangers, dans des conditions différentes et par des procédés différents. Si même, d'après cela, on rejette le principe de l'opération, on devrait au moins lui accorder des chances de succès par une autre mé-

thode. Quant à lui, il déclare l'avoir employée dans des circonstances graves, dans de très mauvaises conditions, et il attend des cas moins défavorables.

En résumé, M. Maisonneuve maintient que la résection du genou n'a pas été assez pratiquée en France, et il ajoute que les opérations faites en Angleterre, en Amérique ou ailleurs, ne sont pas admissibles. Il regrette enfin que des chirurgiens éclairés admettent, au contraire, sans contrôle, des objections dont la valeur lui semble, à lui, fort douteuse. N'a-t-on pas reçu difficilement, dans le principe, la résection du coude, qui est devenue, en France, depuis M. Roux, une véritable conquête de la chirurgie moderne.

M. Maisonneuve reconnaît en un mot la nécessité d'une certaine réserve dans l'emploi de la résection du genou ; mais cette réserve, il ne veut pas la pousser trop loin ; et, quant au fait qu'il a communiqué, il accepte les objections, mais il n'accepte pas le blâme.

M. Larrey désire d'abord fixer l'attention de la Société sur une assertion générale émise par M. Maisonneuve, et que M. Vidal considérait comme une erreur de rédaction dans le procès-verbal. M. Maisonneuve avait dit, et il a soutenu que la résection du genou n'avait point été faite en France, si ce n'est par M. Roux. Or, comme le fait observer M. Larrey, deux autres chirurgiens connus précisément par leurs travaux sur les résections, MM. Moreau père et fils (1), de Bar-le-Duc, ont pratiqué chacun cette opération dans deux cas analogues, qui pouvaient même fournir à M. Maisonneuve des arguments favorables plutôt que contraires à son opinion. (Ainsi Moreau père, en présence de Percy et de plusieurs chirurgiens d'armée, a opéré en 1792 un jeune homme atteint de tumeur blanche, et qui, parvenu à une guérison assez prompte, succomba trois mois après à une dysentérie épidémique. Moreau fils, en 1811, eut recours à la même opération, en présence

(1) *Essai sur les résections;* 1816.

de Champion et d'autres chirurgiens, dans un cas de tumeur blanche très compliquée, chez un homme qui parvint à la guérison vers le neuvième mois, mais avec un raccourcissement de cinq pouces, de la mobilité dans le membre, et la nécessité d'un usage prolongé des béquilles.)

M. Larrey croit devoir ensuite réfuter une assertion particulière avancée par M. Maisonneuve, et qui devient contradictoire au fait. M. Maisonneuve a dit qu'il avait opéré son malade dans des conditions extrêmement graves, et qu'alors même que cette opération ne serait pas suivie de succès, il la recommencerait encore, espérant que, s'il rencontrait des circonstances plus favorables une autre fois, il réussirait peut-être. « Il me semble, dit M. Larrey, que, loin de là, l'opéré de » M. Maisonneuve se trouvait dans l'état le plus favorable aux » chances de la guérison. Il était jeune, d'une bonne constitu- » tion, exempt de toute diathèse morbide, malade seulement de » son affection locale, celle-ci étant encore assez récente elle- » même. J'ajouterai que la pièce anatomique ne nous a offert » qu'une altération superficielle des extrémités osseuses, et que » par cela même la résection plus limitée a été prompte, facile » et simple. Ne sont-ce pas là les conditions les plus avanta- » geuses, les plus désirables ? »

M. Chassaignac n'a pas voulu blâmer M. Maisonneuve, et il s'empresse de le dire; mais il a exprimé franchement sa pensée, en déclarant dangereuse cette tendance à faire expérimenter une opération réprouvée en principe par le raisonnement, réprouvée aussi dans l'application par les faits antérieurs bien acquis à la science.

M. Vidal fait observer que M. Maisonneuve, en disant n'avoir voulu présenter qu'un fait particulier, a cependant, dès sa présentation, examiné le fond de la question générale. Revenant sur ce qui a trait à la résection pratiquée en France, M. Vidal demande s'il est nécessaire à un chirurgien d'avoir vu faire par d'autres ce qu'il peut faire lui-même. Non certainement, et il cite pour lui, par exemple, l'opération césa-

rienne qu'il n'a jamais vu faire et qu'il croit parfaitement connaître.

M. Vidal établit l'importance de s'appuyer sur la symptomatologie et sur l'anatomie pathologique, comme l'a très bien indiqué M. R. Marjolin, pour apprécier avec exactitude les limites de l'altération de l'os qu'il s'agit de réséquer. Pourquoi M. Maisonneuve n'a-t-il pas attendu quelque temps avant d'opérer, puisque le sujet n'était malade que depuis un mois? L'habitude en chirurgie n'est pas d'agir de suite dans les cas de ce genre, avant d'avoir à plusieurs reprises constaté ou recherché l'étendue et le degré des lésions. Le fait de Parck (1), rapporté avec détails, est confirmé d'une manière précise par l'anatomie pathologique. Là où se trouvaient des culs-de-sac, il y a eu des abcès, et ainsi des complications.

Quant à un blâme, ajoute M. Vidal, M. Maisonneuve aurait raison de le repousser s'il lui avait été adressé dans l'acception rigoureuse du mot. Mais dans nulle société savante les sentiments ou les procédés de cette nature n'ont été peut-être plus sincèrement écartés qu'au sein de la Société de chirurgie.

M. Maisonneuve ne s'est pas exagéré la portée du blâme; il s'est bien rendu compte des raisons qui lui ont été objectées, mais il les a trouvées mauvaises; il en demande de meilleures. « Nous tous, dit-il, dans nos grandes opérations, nous » nous estimons heureux de ne perdre qu'un seul malade sur » trois. » Et revenant sur ce qu'il a déjà avancé, il maintient que l'amputation de la cuisse est une opération meurtrière, tandis que la résection du genou, par son procédé, met le sujet à l'abri de certains accidents, et offre plus de chances de succès. Il reproche à M. Velpeau de rejeter cette opération parce qu'elle est plus douloureuse, parce qu'elle entraîne plus de lenteur, et parce qu'elle expose à plus de dangers; voilà tout ce que dit M. Velpeau, sans en donner les raisons. Est-ce

(1) *Observations sur la résection des articulations*; 1803.

à cause de l'hémorrhagie, de la phlébite, de l'ostéite, ou de tout accident? Quant à lui, encore une fois, c'est parce qu'il a examiné toutes les objections qu'il ne les croit pas suffisantes pour faire rejeter l'opération, et il persiste dans ses croyances, en espérant que d'autres chirurgiens les partageront.

M. LE PRÉSIDENT demande à la Société s'il doit clore la discussion.

M. GIRALDÈS propose de la renvoyer à une autre séance, pour que chacun puisse apprécier avec connaissance de cause les faits existants, ainsi que les résultats définitifs de l'opération faite par M. Maisonneuve.

Cette proposition est adoptée.

— M. GUERSANT donne quelques détails sur le fait dont il a entretenu la Société dans la dernière séance, relativement à une *amputation de cuisse chez un enfant atteint de résorption purulente.* C'était un enfant de sept ans et demi, malade depuis quatre mois; il avait un abcès à la cuisse; cet abcès fut ouvert, et se trouva en communication avec le fémur profondément altéré. Des symptômes graves de résorption se sont déclarés : frissons, fièvre, érysipèle de la face, abcès à la joue, etc.; symptômes qui ne durèrent pas moins de trente-deux jours avec une variable intensité. La suppuration abondante s'arrêta enfin; la fièvre avait cessé aussi, et l'amputation du membre put être faite. C'est aujourd'hui le neuvième jour de l'opération, la cicatrice du moignon est avancée et la guérison à peu près définitive; car il n'est point survenu d'accidents depuis ceux de la résorption purulente, qui a cédé au traitement indiqué déjà, c'est-à-dire à l'emploi quotidien et prolongé pendant trente-deux jours de 80 centigrammes d'extrait noir de quinquina et de 4 grammes d'alcoolature d'aconit.

— M. DENONVILLIERS demande un congé pour prendre part aux travaux d'une commission dont les séances ont lieu le mercredi. (Accordé.)

— M. BOINET, candidat à la Société de Chirurgie, lui adresse

un travail intitulé : *Note et observations sur un procédé très simple pour extraire de nos tissus certains corps étrangers, comme des aiguilles, des crochets, des hameçons*, etc. — Renvoyé à la commission chargée déjà d'examiner un autre travail de M. Boinet, composée de MM. Giraldès, Larrey et Morel (remplaçant M. Michon).

— M. Guersant présente un enfant atteint de *bec-de-lièvre compliqué* qu'il a opéré vingt-huit heures seulement après sa naissance, conformément aux principes appliqués par MM. Moreau, Paul Dubois, Danyau, etc., au bec-de-lièvre simple. Il a lui-même une dizaine de fois opéré aussi avec succès le bec-de-lièvre simple dès les premiers moments après la naissance, mais il avait jusqu'ici toujours échoué en opérant aussitôt le bec-de-lièvre double et compliqué. C'est le premier succès qu'il a obtenu, et il fait voir l'enfant bien guéri. Chez cet enfant, la voûte palatine est déviée ; le nez, aplati, se trouvait sensiblement déformé. C'est pourquoi M. Guersant a disséqué les téguments jusqu'en arrière des narines ; il a ainsi rendu le nez plus mobile, et, après l'avoir traversé inférieurement dans sa largeur avec une épingle pour rapprocher les narines, il a fait la suture labiale comme dans les cas simples. Le succès semble complet, et laisse une cicatrice comme seule trace de l'opération.

M. Gosselin rappelle que la question du bec-de-lièvre compliqué a déjà été discutée à la Société ; et il demande à M. Guersant pour quels motifs il s'est décidé à opérer de suite, lorsque plusieurs insuccès dans des cas analogues l'avaient porté à ajourner l'opération ?

M. Guersant répond que, dans le cas actuel, les complications lui ayant paru moins prononcées, il avait, par ce seul motif, agi aussitôt, sans renoncer pour cela au principe de l'expectation dans les cas plus graves. C'est ainsi que, récemment, il n'a pas voulu opérer un enfant qui offrait ces complications à un haut degré, et qu'il a adressé (avec sa mère) à l'hôpital Necker, où le petit malade a été reçu par M. Gi-

raldès. Les cas, en effet, ajoute M. Guersant, où le lobule labial et la saillie intermaxillaire sont très proéminents ne semblent pas opérables de suite; tandis qu'ici la complication était moindre.

M. Gosselin pense que la dissection nécessaire des adhérences des lèvres et des joues, comme dans le cas présent, ajoute à la gravité de l'opération, sans qu'il ait besoin d'en faire ressortir les conséquences.

M. Danyau, comme M. Guersant, admet dans les complications du bec-de-lièvre des différences réelles et, partant, des indications relatives qu'il faut apprécier. Il a opéré, cette année, à la Maternité, un enfant qui offrait une division de la voûte palatine avec une saillie de l'os intermaxillaire; il a procédé à cette opération en deux temps : d'abord, ou le premier jour, il a détaché les adhérences; ensuite, ou le lendemain, il a fait l'avivement et la suture : la réunion s'est très bien effectuée. M. Danyau pense que l'on ne doit pas retirer trop tôt les aiguilles, afin d'éviter la désunion des bords de la lèvre. L'enfant qu'il avait opéré eut une petite déchirure de la cicatrice, après l'ablation des aiguilles. Il a succombé à une autre maladie, hors de la Maternité. Dans les cas de ce genre, on peut, comme l'a fait M. Guersant, opérer tout à fait en une seule fois.

M. Maisonneuve a opéré aussi, peu après leur naissance, des enfants qui ont bien supporté l'opération; il n'a pas vu survenir d'accidents primitifs, mais, chez quelques-uns, une ulcération consécutive à la cicatrice, d'autant plus regrettable qu'elle compromet le succès définitif. Cette ulcération commence tantôt par en haut, tantôt par en bas, ou bien vers le milieu de la cicatrice qu'elle détruit. Cette dernière circonstance s'est présentée chez un enfant qu'il avait d'abord opéré de la staphylorapbie. M. Maisonneuve, en communiquant l'observation à la Société médico-pratique, a discuté avec M. Denonvilliers et d'autres membres de cette Société les conditions dans lesquelles survient l'ulcération de la cicatrice. On

a été porté à croire qu'elle dépendait de l'insuffisance de la nutrition chez l'enfant. Il y a, malgré cela, des raisons assez graves pour décider le chirurgien à opérer un nouveau-né du bec-de-lièvre, lors même qu'il est compliqué ; ces raisons, du reste, sont connues de tous, et les enfants supportent fort bien alors l'opération.

M. Danyau fait observer qu'il y a sur cette question le pour et le contre. Ainsi, lorsqu'il remplaçait M. Robert à Lourcine, il a opéré un enfant chez lequel survint une ulcération ; la guérison fut impossible, et la difformité se trouva plus marquée qu'auparavant. Il faudrait tenir compte à cet égard de diverses influences, telles, par exemple, que la succion immédiate du sein.

M. Guersant apprécie l'avantage d'opérer de suite, mais il trouve des inconvénients à opérer en deux temps si le lendemain une adhésion commençante s'est faite. Si, au contraire, la réunion est opérée sur-le-champ, elle offre le bénéfice d'une juxta-position exacte entre des surfaces saignantes, tandis que la réunion ajournée au lendemain diminue ces chances favorables.

M. Morel-Lavallée assimile l'opération en deux temps au procédé de Louis, qui opérait un côté d'abord et l'autre ensuite.

Il croit utile de faire remarquer aussi que l'ulcération dont il s'agit n'est pas exclusive aux enfants ; elle survient aussi chez les adultes dans des circonstances diverses assez fréquentes.

M. Larrey cite à ce sujet ce qu'il a observé récemment au Gros-Caillou : un sapeur a eu la moitié gauche de la lèvre inférieure emportée par la morsure que lui avait faite l'un de ses camarades ; la réunion de la surface labiale a été tentée secondairement à l'aide des petites érignes de M. Vidal ; l'adhésion s'était faite d'abord assez bien, malgré un peu de gonflement ; mais une ulcération l'a détruite ensuite, et force a été de laisser la plaie se cicatriser par seconde intention.

M. Vidal regrette que M. Larrey ait employé ses érignes dans une circonstance défavorable, et il annonce qu'il est à la veille d'en faire l'application à un nouveau cas de phimosis.

M. Chassaignac profite de cette occasion pour communiquer à la Société un procédé de circoncision qu'il a imaginé dans le but de prévenir le glissement de la peau du prépuce sur la membrane muqueuse. Les caractères propres à ce procédé consistent :

1° Dans la dilatation du prépuce préalablement à l'introduction des aiguilles à suture ;

2° Dans l'étranglement circulaire du prépuce avec une ligature fine et très forte immédiatement au-devant des aiguilles, dans le lieu même où doit être pratiquée la section.

M. Larrey, en reconnaissant ce que ce procédé offre d'ingénieux, pense qu'il est assez compliqué pour que son emploi ne devienne pas difficile dans certains cas; tandis que le procédé ordinaire de circoncision, tel qu'il a été surtout modifié par Lisfranc, semble suffire à la plupart des indications.

M. Vidal réclame pour lui une partie du procédé de M. Chassaignac, et croit aussi qu'il y aurait souvent des difficultés à passer la pince sous le prépuce.

M. Chassaignac fait observer qu'il a voulu seulement combiner la dilatation du prépuce avec la pression exacte exercée par une ligature circulaire.

— M. Danyau entretient la Société d'un petit garçon nouveau-né chez lequel existaient les dispositions suivantes : Anus imperforé ; raphé scrotal déprimé offrant, un peu en arrière de sa partie moyenne, une petite saillie allongée formée par une membrane mince dont la transparence laisse deviner derrière elle la présence du méconium. Au moment où M. Danyau fut appelé à la Maternité pour cet enfant, la petite membrane, cédant à une pression de dedans en dehors de plus en plus considérable, s'était rompue, et à la place de la saillie se voyait un petit orifice par lequel s'était échappé

et continuait de sortir un peu de méconium. Toutefois, ce qui s'en écoulait était, relativement à la quantité à rendre, bien minime, et il était évident qu'il fallait ouvrir une issue plus large et plus directe aux matières accumulées dans le gros intestin.

Une sonde très fine, dont M. Danyau venait de se servir pour sonder l'enfant, fut introduite dans l'orifice scrotal et pénétra dans un trajet qui se dirigeait, dans l'épaisseur du périnée, vers le rectum, mais elle ne put franchir l'ouverture sans doute fort étroite qui conduisait dans cet intestin. M. Danyau s'était proposé, la sonde une fois dans le rectum, de la diriger vers la dépression manifeste qui existait au point où aurait dû se trouver l'anus, de la faire saillir vers la peau afin de procéder avec plus de sécurité à la recherche du cul-de-sac rectal. La mollesse qu'on sentait au périnée, surtout lorsque l'enfant se livrait à quelque effort ou lorsqu'on pressait sur la paroi abdominale, ne laissait guère de doute sur le prolongement du rectum à peu de distance de la peau. M. Danyau crut donc pouvoir opérer sans le secours de la sonde; mais, après une incision d'un centimètre et demi de profondeur, n'ayant point atteint l'intestin, il revint par prudence à la recherche de l'ouverture de communication qui devait nécessairement exister entre le rectum et son prolongement périnéo-scrotal. Après quelques tâtonnements, un très fin stylet pénétra, et, poussé vers la plaie, fit aussitôt saillir ce qui restait à diviser de parties molles pour ouvrir l'intestin. Le méconium fut expulsé en abondance; depuis lors, les évacuations ont été régulières et faciles. Après chaque évacuation, une petite mèche est introduite et reste en place jusqu'à l'évacuation suivante. Il ne passe plus rien par le trajet périnéo-scrotal. S'il ne s'oblitère pas spontanément ou à l'aide de quelques cautérisations méthodiques, une incision d'un orifice à l'autre procurera une guérison certaine et prompte. L'enfant est dans l'état le plus satisfaisant.

M. Danyau place sous les yeux de la Société les pièces pro-

venant d'un autre enfant mort presque aussitôt après sa naissance, dont l'anus était également imperforé, et chez lequel le rectum, prolongé très bas, s'ouvrait à la partie inférieure de la paroi postérieure du vagin. Les vices de conformation qui n'ont pas permis l'établissement de la vie extra-utérine consistaient dans l'état rudimentaire du poumon gauche réduit au dixième de son volume, et dans l'existence d'une large perforation du côté gauche du diaphragme, qui avait donné lieu à une hernie diaphragmatique formée de l'estomac, de la totalité de l'intestin grêle, de la rate et d'une partie du lobe gauche du foie. En outre, la main droite était privée du premier métacarpien, et les deux phalanges du pouce, à l'état rudimentaire, ne tenaient à la main que par un pédicule cutané. Quant à la terminaison anormale du rectum, plusieurs exemples connus prouvent qu'elle n'aurait pas empêché cette petite fille de vivre et même de parvenir à un âge avancé; mais elle aurait constitué une infirmité dégoûtante qu'une opération seule aurait pu faire disparaître. Le rectum descendait assez bas pour être, après une incision faite en arrière de la vulve, facilement atteint, détaché de ses adhérences, amené au niveau de la plaie et fixé à sa circonférence. On aurait ainsi suivi l'exemple de Dieffenbach, et probablement on aurait compté un succès de plus.

— M. Maisonneuve présente à la fin de la séance une pièce d'anatomie pathologique provenant d'une *résection de l'articulation du coude* par un procédé qu'il a modifié; il en donne l'indication succincte, qui sera reproduite plus à propos dans le prochain procès-verbal.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

H. L.

Séance du 8 août 1849.

Présidence de M. Deguise père.

Résection du coude.

Le procès-verbal de la dernière séance avait mentionné seulement une communication relative à une résection du coude faite par M. Maisonneuve, et la Société avait décidé que le compte-rendu de ce fait serait inséré plus à propos dans le procès-verbal suivant.

Voici comment M. Maisonneuve expose lui-même son procédé :

« Le malade étant couché sur le côté opposé au siége de l'affection, le chirurgien, armé d'un simple bistouri, pratique sur le bord interne du coude, au niveau de l'épithroclée, une incision longitudinale de 10 à 15 centimètres d'étendue. Saisissant ensuite avec le pouce et l'index de la main gauche la lèvre postérieure de la plaie, il la repousse en arrière, en ayant soin de refouler en même temps le nerf cubital qui est placé derrière l'épithroclée, et qu'il dégage avec précaution de la gouttière où il est logé. Par une seconde incision transversale partant du niveau de l'épicondyle pour venir tomber sur la première, on divise la peau qui recouvre l'olécrane. Le chirurgien quitte alors le bistouri pour prendre une scie ordinaire avec laquelle il coupe transversalement l'olécrane. L'avant-bras est aussitôt porté dans la flexion, et les ligaments interne et externe sont divisés chacun d'un coup de bistouri. L'articulation est alors largement ouverte en arrière ; il devient facile d'en explorer les surfaces dans tous leurs détails, et de reconnaître la nature de l'altération, son étendue, ses limites. On procède ensuite à la section des os, toujours avec la scie ordinaire. Pour cela, l'avant-bras étant fortement fléchi, le chirurgien introduit la lame de la scie dans l'intérieur même de l'articulation, et opère d'arrière en avant la section des extré-

mités supérieures du cubitus et du radius. Reportant ensuite la scie sur l'humérus, il en résèque l'extrémité inférieure de la même manière. »

Ce procédé, dit M. Maisonneuve, a surtout l'avantage d'être simple, facile et très prompt; il met à l'abri des lésions des gros nerfs et des gros vaisseaux, et permet de vulgariser la résection du coude, en la rendant accessible à tous les chirurgiens, même les moins expérimentés.

Opération du phimosis par circoncision.

M. Morel-Lavallée annonce qu'il s'est rendu à l'hôpital du Midi avec MM. Danyau et Cullerier pour assister à l'opération de phimosis que M. Vidal désirait pratiquer sous leurs yeux en se servant de petites érignes, appelées par lui *serre-fines*. La réunion, quoique faite exactement, ne s'est pas maintenue telle, et le résultat n'a pas été aussi complet, aussi satisfaisant que chez le premier opéré dont il a été question

M. Gosselin. J'invite M. Vidal à vouloir bien donner lui-même à la Société quelques renseignements sur ce nouveau fait.

M. Vidal s'empresse de dire qu'en présence de ses trois collègues, après avoir procédé à la circoncision, il a réuni entre elles les lèvres de la peau et de la membrane du prépuce à l'aide de ses serre-fines au nombre de seize, en les laissant en place jusqu'au soir. Il arriva, durant l'opération, qu'une sorte de petit bourgeon charnu s'étant interposé entre les lèvres de la plaie fut excisé, pour ne point faire obstacle à la réunion complète; mais ce prétendu bourgeon charnu était formé par une artériole qui, ainsi ouverte, donna lieu à un thrombus assez prononcé; l'adhésion ne put se faire dans ce point, tandis qu'elle s'était faite dans tout le reste de l'étendue de la plaie, comme il devint aisé de le reconnaître en enlevant quelques-unes des pinces-érignes dix heures après l'opération. Il y a donc en effet un point qui n'a pu se réunir, un foyer de

suppuration s'y est établi, des bourgeons charnus s'y sont développés, et la cicatrisation ne s'y fera que secondairement. Mais si l'on prétend, ajoute M. Vidal, qu'avec un pansement ordinaire la réunion soit aussi sûre et aussi prompte, c'est une question contestable et qui reste à résoudre d'une manière plus absolue.

M. Chassaignac a la parole pour la lecture d'une note (1) sur le procédé pour l'opération du phimosis, telle qu'il l'a pratiquée à l'hôpital Saint-Antoine.

Les *desiderata* du chirurgien, dit-il, dans cette opération, m'ont toujours paru être, d'une part, la section simultanée et bien nette de la peau et de la muqueuse du prépuce; d'autre part, la réunion par première intention de la plaie préputiale.

Je suis loin de méconnaître que notre honorable collègue M. Ricord, en vulgarisant et en formulant avec exactitude les principes de la circoncision; que M. Vidal, en répandant la suture pour réunir les lèvres de l'incision, n'aient pas mis cette petite opération en voie de perfectionnement. Mais c'est parce que, sous le rapport des deux indications principales ci-dessus mentionnées, je crois être arrivé à un procédé qui me paraît plus sûr et plus rapide, que j'entretiens aujourd'hui la Société de cette opération.

Voici comment j'y procède :

Le premier temps consiste dans la tension ou dilatation du prépuce du dedans au dehors et dans l'introduction de trois ou quatre grandes aiguilles portant chacune un fil.

Pour la dilatation j'emploie une pince à anneaux ou toute autre espèce de dilatateur à deux branches, avec cette condition que les deux branches introduites dans la cavité du prépuce s'écartent en formant un V.

La tension et par conséquent l'aplatissement du prépuce

(1) Cette note vient d'être remise à M. le secrétaire, qui l'a reproduite textuellement.

une fois produits, on implante les aiguilles dans la base du triangle cutané et muqueux formé par l'écartement des branches dilatantes. Les aiguilles ne sont passées qu'à moitié de leur longueur ; une fois placées, on les fait tenir par un aide, et on retire le dilatateur.

Le premier temps accompli, on prend un fil fin et très fort à la fois. On étrangle par une ligature circulaire (immédiatement au-devant des aiguilles, en appuyant sur elles comme sur une limite fixe) toute la partie du prépuce placée au-devant des aiguilles.

Les ciseaux, portés alors perpendiculairement dans la rainure profonde formée par le fil, divisent d'un seul coup toute l'épaisseur de l'espèce de pédicule produit par la constriction circulaire.

Après cela, on fait chemiuer successivement les trois aiguilles, chacune entraînant son fil. On a, pour résultat d'ensemble, trois fils traversant de part en part la cavité du prépuce.

Au moyen d'une pince à dissection, on attire à soi la partie moyenne de chacune des anses renfermées dans le prépuce. On divise ces anses par leur milieu, ce qui donne deux fois autant de sutures qu'il y a eu de fils traversant le prépuce ; ce qui permet d'affronter avec beaucoup d'exactitude la lèvre muqueuse et la lèvre cutanée de la plaie circulaire, ainsi que cela a été constaté sur le malade opéré à l'hôpital Saint-Antoine.

Ce procédé est donc caractérisé par deux points qui lui sont propres, et qui ne sont indiqués dans aucun autre procédé ; à savoir :

1° La dilatation du prépuce par l'intérieur de sa cavité, dilatation qui, ainsi faite, facilite l'implantation des aiguilles dans la muqueuse aussi sûrement que dans la peau;

2° L'étranglement circulaire du prépuce immédiatement au contact des aiguilles.

Quant aux autres avantages, la ligature circulaire, ayant

pour effet de tasser et de raffermir les tissus, permet de les diviser d'un seul coup et avec une netteté parfaite ; en outre, la muqueuse, ne pouvant jamais échapper à cette ligature qui tombe forcément au ras des aiguilles, ne nécessite en aucun cas une section spéciale ; enfin, le mode de réunion est aussi complet que facile.

On voit que, pour l'application de ce procédé, il n'est besoin d'aucun instrument particulier, et ceux que le chirurgien porte habituellement dans sa trousse lui suffisent parfaitement pour atteindre le but.

M. Vidal ne peut s'empêcher de dire que le procédé de M. Chassaignac lui représente la plus grande analogie avec le sien ; et en écoutant la première communication qu'en a faite son honorable collègue, il n'a pu se défendre du sentiment de sympathie que l'on éprouve à rencontrer une idée à soi dans un bon esprit. Il fait observer seulement que la dilatation du prépuce est parfois très difficile; il l'a faite aussi, dans un temps, à l'aide des aiguilles, et en entourant le prépuce d'un fil ; mais il préfère de beaucoup l'emploi de la grande pince à pression continue, et il engage M. Chassaignac à changer sa ligature contre cette pince.

M. Robert ne croit pas que l'opération du phimosis vaille la peine de rechercher tant de modifications ; et comme il trouve impossible de calculer d'avance le degré de rétractilité de la peau, puisque cette rétraction varie beaucoup selon les cas et devient d'ailleurs inévitable, il pense que tous les procédés imaginables n'y feront rien, et que celui-là, en particulier, serait impossible ou inutile chez les enfants. En conséquence, on ne devrait pas embarrasser la médecine opératoire de méthodes ou de procédés sans valeur.

M. Cullerier reproche à M. Chassaignac de se préoccuper trop du défaut de parallélisme entre le prépuce et la peau, et il n'attache aussi que peu d'importance à la rétraction des téguments. Il a vu, chez le malade de M. Vidal, la réunion se faire en partie par les serres-fines, et il n'apprécie pas

non plus cette couronne de fer autour du gland, quoiqu'elle favorise une cicatrice plus linéaire.

M. Gosselin est disposé à croire que la Société de Chirurgie ne semble pas rendre assez justice à l'un de ses membres au sujet de la circoncision. C'est, selon lui, à M. Ricord qu'il faut rapporter le procédé consistant à saisir le prépuce et à le fixer avec deux pinces, entre lesquelles on opère la section; il suffit, après, de renverser la membrane du prépuce pour la faire adhérer à la peau, et, par suite, cette adhérence elle-même se transforme en membrane cutanée. Ce procédé fournit de très bons résultats.

M. Larrey a quelquefois pratiqué la circoncision chez les militaires, qui offrent de fréquents exemples de phimosis, les uns congénitaux simples, les autres compliqués d'adhérences, ceux-là concomitants de diverses maladies, ceux-ci symptomatiques d'ulcérations du pénis (et les cas en sont assez nombreux dans les divisions de vénériens des grands hôpitaux militaires). Or, le procédé qu'il préfère, comme étant le plus simple, est celui que M. Gosselin attribue à M. Ricord; mais ce procédé, ajoute M. Larrey, appartient à Lisfranc, qui l'avait peut-être emprunté lui-même à la pratique juive. M. Ricord n'a fait qu'y joindre un soin de détail en traçant à l'encre la ligne que doit suivre l'excision, afin d'apprécier ainsi d'avance le degré de rétractilité de la peau.

M. Vidal reconnaît toute la part qui revient à Lisfranc dans cette opération. Ce qu'il a voulu démontrer seulement, c'est la rapidité de la cicatrisation adhésive, et il demande si, avat sa présence à l'hôpital du Midi, les sutures étaient appliquées à la circoncision par M. Ricord lui-même.

M. Gosselin n'a pas eu en vue la question de priorité; mais il sait que depuis sept ou huit ans et plus, M. Ricord a employé habituellement les pinces pour faciliter l'excision du prépuce, et les points de suture pour obtenir l'adhésion de la membrane muqueuse à la peau.

M. Vidal prétend, au contraire, que M. Ricord n'a pas de-

puis si longtemps adopté la suture, et que c'est seulement après avoir connu la pince à pression continue, en la faisant échancrer pour le passage des aiguilles. M. Vidal a exposé d'ailleurs ce procédé dans les *Annales de Chirurgie*, et reconnu qu'il avait été imaginé par Hawkins fils, quoique M. Velpeau l'eût revendiqué pour lui-même. En conséquence, M. Vidal est loin de dire que la suture lui appartienne ; mais il réclame le simple mérite de l'avoir régularisée.

M. Robert demande que cette discussion en reste là ; mais M. le président fait observer que M. Chassaignac a le droit de répondre une dernière fois.

M. Chassaignac reproduit, en effet, une partie de ses arguments en faveur du procédé préconisé par lui, parce que les autres modes opératoires lui ont paru défectueux. Il conteste positivement que M. Vidal ait employé la dilatation du prépuce pour y implanter les aiguilles, et c'est l'ouvrage de M. Vidal en main qu'il réfute l'assertion de ce confrère. La seule chose qui lui appartienne sous ce rapport, c'est d'avoir conduit sur une sonde cannelée l'aiguille destinée à passer le fil par l'intérieur du prépuce, ce qui n'a aucune analogie avec le procédé actuel. Quant à l'étranglement circulaire du prépuce, M. Vidal n'a rien employé de semblable ; il avait fait simplement une suture circulaire à la plaie du prépuce, ce qui ne ressemble point à l'étranglement en masse dans le lieu où doit se faire la section. Ainsi, ajoute M. Chassaignac, rien n'est minime en chirurgie, et cependant, après avoir appprécié à son point de vue ce dernier fait de la discussion, il reconnaît qu'elle ne mérite pas de se prolonger davantage.

Anévrisme poplité.

M. Robert présente une pièce d'anatomie pathologique relative à un anévrisme poplité qu'il a opéré par la ligature de l'artère crurale. Cette observation, d'un grand intérêt pratique, a été résumée par M. Robert lui-même de la manière suivante :

Observation. — Un pensionnaire de l'établissement de Sainte-Périne, âgé de soixante-douze ans, fut admis à l'infirmerie au mois de juin 1849 pour y être traité d'une rétention d'urine due à un rétrécissement de l'urètre compliqué de gonflement de la prostate et de cystite catarrhale.

Il se plaignait, en outre, d'avoir au jarret droit une petite tumeur, dont il faisait remonter l'origine à *deux mois au plus*, tumeur qui l'empêchait d'étendre complétement la jambe et lui causait d'assez vives douleurs s'irradiant jusqu'à la malléole externe.

M. Robert reconnut sans peine l'existence d'un anévrisme poplité; la tumeur avait le volume d'une noix; l'artère crurale était ossifiée dans presque toute la longueur. La ligature de l'artère crurale lui parut être le seul mode de traitement à mettre en usage en pareil cas. Mais il crut devoir attendre que l'état des voies urinaires se fût amélioré avant de tenter aucune opération, le peu d'ancienneté de la tumeur et son petit volume ne lui permettant pas d'ailleurs de penser qu'il y eût de l'inconvénient à attendre.

Les choses en étaient à ce point depuis quinze jours environ, lorsque, dans la nuit du 10 au 11 juillet, le malade éprouva tout à coup dans la cuisse et dans la jambe une douleur atroce bientôt suivie de syncope, puis de dyspnée et de quelques autres accidents nerveux.

Le lendemain au matin, M. Robert le trouva très pâle et très souffrant : la cuisse était fortement tuméfiée. La tumeur du jarret avait disparu sous le gonflement général; cependant, l'oreille y faisait encore reconnaître le bruit de souffle : on y sentait les battements.

Il était évident que l'anévrisme s'était rompu et que le sang s'était infiltré ou épanché dans la cuisse. On ne pouvait plus différer l'opération : malheureusement les circonstances étaient des plus défavorables.

M. Robert pratiqua immédiatement la ligature de l'artère fémorale au bas du triangle inguinal; l'opération n'offrit au-

cune difficulté. L'artère étant ossifiée en grande partie, M. Robert employa une ligature plate et la serra de toutes ses forces.

Le jour même, le malade se trouva soulagé ; il ressentit une forte chaleur dans toute la jambe.

Le lendemain, le malade se sent toujours très soulagé ; mais le pied est froid, ainsi que l'extrémité inférieure de la jambe.

Le troisième jour, le pied présente une teinte violacée ; le malade est affaissé.

Le quatrième jour, la peau du pied est soulevée par quelques phlyctènes roussâtres. Le malade expire dans la nuit.

Nécropsie. — Une grande quantité de sang est infiltrée ou épanchée dans la cuisse, surtout en arrière dans les espaces intermusculaires, le long du nerf sciatique et jusque dans le bassin. Ces désordres s'arrêtent à la partie inférieure de la région poplitée et n'atteignent nullement la jambe. L'anévrisme est situé un peu au-dessus de l'articulation : il s'est développé aux dépens de la partie antérieure ou profonde de la circonférence de l'artère. En arrière, il repousse et distend celle-ci ; en avant, il s'appuie sur la surface du fémur, usée en cet endroit et privée de son périoste.

Dans le lieu de ce contact, le sac a été lui-même usé et perforé : on y voit en effet une ouverture ronde, large comme une pièce de 25 centimes, nette et comme taillée par un emporte-pièce. C'est par là que le sang s'est échappé. Le sac est rempli par un caillot assez solide.

A quatre ou cinq centimètres au-dessous de ce sac, il en existe un second inaperçu pendant la vie et d'un petit volume.

L'artère crurale est ossifiée dans toute sa longueur ; sa tunique celluleuse est considérablement épaissie.

Le calibre du vaisseau est imperméable au niveau de la ligature. Au-dessous de celle-ci, l'artère est remplie par un

caillot solide qui s'étend jusqu'à l'anévrisme ; au-dessus de la ligature, l'artère ne contient qu'un très petit caillot filiforme qui touche au point oblitéré.

La conséquence, dit M. Robert, que l'on peut tirer de ce fait intéressant, c'est qu'il n'est pas nécessaire à une tumeur anévrismale d'acquérir un grand développement pour déterminer des altérations profondes, si elle se trouve par ses rapports anatomiques dans des conditions semblables à celles que présentait cet anévrisme poplité.

— M. LE PRÉSIDENT annonce que mercredi prochain il n'y aura pas de séance à cause de l'Assomption.

— La séance est levée à cinq heures un quart. H. L.

Séance du 22 août 1849.

Présidence de M. DEGUISE père.

Anévrisme poplité.

A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, touchant l'observation d'anévrisme exposée par M. Robert, M. Chassaignac exprime le vœu que l'on fasse connaître à la Société les suites des opérations qui lui ont été communiquées ; c'est pour cela qu'il croit devoir rendre compte du résultat de l'anévrisme poplité opéré par lui le 24 février, et dont il avait entretenu ses collègues. Le malade est aujourd'hui dans l'état le plus satisfaisant ; il n'éprouve plus de gêne sensible dans la marche; la tumeur du jarret s'est tellement effacée, qu'elle laisse complétement vide la place qu'elle occupait dans cette région, et ce qui est notable, c'est qu'il n'existe même plus de nodus ou d'indice du sac anévrismal. Ce fait prouve enfin l'efficacité définitive de la ligature à l'exclusion d'une autre méthode, telle que l'électricité.

Tumeurs sublinguales.

M. LARREY, à propos de la correspondance, lit une lettre qu'il a reçue de M. E. Bertherand, avec un extrait de sa thèse

sur les *Tumeurs sublinguales.* C'est le travail que M. Larrey avait signalé à l'attention de la Société de chirurgie, et sur lequel il se chargera de faire un rapport verbal.

Plaies de l'estomac.

M. R. Marjolin communique un fait intéressant de plaie pénétrante de l'estomac, dont voici l'exposé.

Un homme âgé de trente-deux ans, d'une bonne constitution, exerçant l'état de cordonnier, rentrait chez lui le soir du 20 juin 1849, un peu excité par le vin. En voulant intervenir dans une querelle près de la barrière du Trône, il fut frappé d'un coup de couteau dans le ventre; et malgré la douleur vive, malgré une perte de sang considérable, il put se rendre à pied à l'hôpital de Bon-Secours, où il fut admis dans le service de M. Marjolin. Le chirurgien de garde constata tout d'abord un caillot épais obstruant la plaie d'une part, et adhérant d'autre part aux vêtements, sans reconnaître aucun signe de pénétration. Il eut soin de ne pas détacher ce caillot; il se contenta d'en diminuer l'épaisseur, en en retranchant une partie; et pour pansement provisoire, il appliqua sur la blessure des compresses imbibées d'eau froide.

Le lendemain matin, à sa visite, M. Marjolin examine la blessure, et la trouve dans les conditions suivantes. La plaie est située au niveau du rebord des cartilages des fausses côtes du côté gauche, à 5 ou 6 centimètres de la ligne médiane; elle est mise à découvert par la section du caillot, et présente une étendue de 3 centimètres environ, avec 1 centimètre d'écartement de ses lèvres, qui semblent entrebâillées par la présence du sang. L'indication évidente est d'attendre et d'ob server, afin de ne pas provoquer une hémorrhagie nouvelle. Cette plaie, dont la forme offrirait de l'intérêt sous le point de vue médico-légal, semble avoir été produite par un instrument acéré à double tranchant; car elle est nette dans son étendue et rétrécie à ses deux extrémités. Autour d'elle existe une tuméfaction légère, peu douloureuse, et sans ecchy-

mose. Aucun symptôme n'indique une lésion grave, ni du côté de l'abdomen, ni du côté de la poitrine; le pouls donne 100 pulsations, et le blessé assure n'avoir pas eu de vomissements. L'emploi renouvelé de l'eau froide, une boisson rafraîchissante, la diète et le repos absolu composent toute la prescription. Quelques phénomènes réactionnels se déclarent le soir avec assez d'intensité, et se dissipent promptement par l'effet d'une saignée copieuse; une selle naturelle est suivie dès le lendemain d'une amélioration notable, qui se soutient les jours suivants. Le caillot s'est détaché tout à fait le 23, et la plaie devenue simple, suppurante, est pansée avec des bandelettes agglutinatives; mais elle ne se réunit pas tout à fait, et laisse suinter une certaine quantité de liquide chaque fois que le malade boit de la tisane. Il éprouve alors une sensation de froid vers cette région du ventre, et en rend compte à M. Marjolin, qui recherche par quelques expériences la communication de la plaie avec la cavité de l'estomac. Une tisane contenant de la garance ainsi que de l'eau rougie ne donnent pas de coloration caractéristique au liquide issu de la plaie, et ne servent point à juger la question d'une manière rigoureuse; mais l'ingestion d'une limonade contenant 50 centigrammes de sulfate de fer et l'application simultanée sur la plaie d'une compresse imbibée de prussiate de potasse démontrent, par la coloration immédiate de la compresse, l'existence manifeste d'une fistule stomacale consécutive à la plaie, et analogue, dit M. Marjolin, à la fistule stercorale qui s'établit dans quelques cas de hernie étranglée. Cette fistule, oblitérée enfin sans aucun traitement, ne laisse plus, à la suite d'une lésion aussi exempte d'accidents, qu'une cicatrice régulière et solide, comme peuvent s'en convaincre les membres de la Société en examinant le sujet de cette curieuse observation.

M. Robert demande s'il avait mangé au moment de la blessure, parce que cette circonstance est utile à connaître.

M. Marjolin répond qu'effectivement le blessé avait bu et

mangé, même assez copieusement, sans qu'aucun des accidents des plaies de ce genre soit survenu. C'est là ce qu'il tient à établir comme fait essentiel.

M. Huguier doute que l'estomac ait été atteint ; il serait porté à croire que c'est plutôt la portion inférieure de l'œsophage, en supposant que des adhérences à la paroi abdominale aient permis à l'instrument vulnérant de porter un coup oblique de bas en haut.

M. Marjolin persiste à croire, au contraire, d'après le signe particulier dont il a rendu compte, que l'estomac était bien l'organe lésé.

M. Larrey, sans contester la réalité de la lésion admise par M. Marjolin, et reconnaissant tout l'intérêt qu'offre ce fait exceptionnel, s'étonne aussi de l'innocuité de la blessure et de l'absence complète des accidents caractéristiques des plaies pénétrantes de l'estomac (quoique celles-ci puissent guérir aussi malgré des conditions graves) (1). Ainsi, d'après le siége de la solution de continuité, d'après la direction présumée de l'agent vulnérant, et plus encore d'après l'état de réplétion du viscère, ces accidents semblaient presque inévitables chez le blessé de M. Marjolin ; mais non, il n'y a point eu de hoquets, point de nausées, point de vomissements soit des boissons, soit des aliments, soit surtout du sang, qui s'était écoulé au contraire en abondance par la plaie, sans même entraîner avec lui par cette voie directe quelque chose des matières ingérées dans l'estomac ; et enfin point de selles sanguinolentes, quoique ce dernier signe n'ait pas la valeur des précédents.

C'est pourquoi M. Larrey serait disposé à croire que le blessé, en raison de son état d'ivresse, si ce n'est pour avoir perdu connaissance, a peut-être mal apprécié ou ignoré les accidents primitifs qui seraient survenus ; ou bien, ajoute M. Larrey, il faut admettre que le sang, tout d'abord expulsé

---

(1) M. H. Larrey en a rapporté un exemple dans le journal la *Clinique* du 5 décembre 1829.

librement par la plaie de l'estomac parallèle à celle du ventre, n'a point provoqué de vomissements, et qu'en se coagulant ensuite entre les lèvres de cette plaie, au-devant et autour d'elle, il a fait office d'un moyen obturateur propre à empêcher d'autres accidents (tels qu'un épanchement consécutif) et à faciliter peut-être aussi la formation d'adhérences favorables à la guérison.

M. Marjolin, qui a rapporté ce fait précisément à cause de l'absence totale des accidents, pense, comme M. Larrey, que des adhérences ont pu s'établir, et que la coagulation du sang a sauvé son blessé.

Il a vu récemment un cas des plus malheureux en opposition à celui-là, chez un homme qui succomba vite à des lésions traumatiques nombreuses, et notamment à une plaie de l'estomac caractérisée par les vomissements de sang et les autres signes indiqués.

M. Deguise fils, en admettant que la preuve de la perforation de l'estomac pût résider seulement dans une expérience chimique, demande à M. Marjolin s'il n'a pas recherché les caractères de la fistule par des injections ou des boissons colorées, ou bien par du lait.

M. Marjolin rappelle ce qu'il a fait et ce qu'il a dit aussi à cet égard.

M. Morel-Lavallée fait observer que la réaction chimique sur le sel de fer est des plus concluantes ; mais à la condition seulement qu'on aura essayé d'abord avec le prussiate de potasse le liquide rendu par la fistule, le fer pouvant se trouver naturellement dans les liquides de l'estomac, ou y avoir été introduit avec les aliments.

La discussion est close sur ce sujet.

Cancer du voile du palais.

M. Chassaignac rappelle à la Société qu'il y a six semaines à deux mois, M. Gosselin, désirant avoir l'avis de ses collègues, leur présenta une femme chez laquelle existait une

tumeur de nature douteuse au côté gauche du voile du palais. Plusieurs des membres de la Société l'avaient considérée comme cancéreuse ; telle fut aussi l'opinion de M. Velpeau, qui garda cette malade dans son service pendant deux jours seulement, et la renvoya de la Charité comme incurable. Rentrée dans son pays (à Romorantin), elle ne put se résigner à y rester, et retourna bientôt à Paris, d'après le conseil qui lui en fut donné, pour se faire opérer par un autre chirurgien ; elle revint auprès de M. Chassaignac, qui trouva la tumeur augmentée de volume, et, par un examen attentif, constata, comme l'avait fait M. Monod, l'engorgement d'un ganglion sous-maxillaire, et de plus un chapelet de ganglions semblables jusque dans la région sus-claviculaire. L'auscultation de la poitrine, faite par M. Beau, fit constater enfin l'existence d'une caverne pulmonaire. Mais ces circonstances fâcheuses ne furent point, pour M. Chassaignac, des contre-indications d'opérer, parce qu'il avait remarqué en même temps un eczéma de l'oreille, qui pouvait bien aussi avoir occasionné l'engorgement des glandes cervicales. Ses seules craintes étaient fondées sur le souvenir du pronostic funeste porté par M. Monod, par quelques autres chirurgiens, et surtout par M. Velpeau. Cependant les progrès de la tumeur, les effets mécaniques qui devaient en résulter sur l'acte de la déglutition, et enfin peut-être l'imminence de la mort, décidèrent M. Chassaignac à pratiquer l'opération le jeudi 16 courant, de la manière suivante :

Il commença par faire la ligature de la carotide primitive pour se prémunir contre toute chance d'hémorrhagie, d'autant que la tumeur se trouvait adossée à l'apophyse coronoïde ; mais cette ligature ne fut pas aussi facile qu'elle semblait devoir l'être, parce qu'un ganglion lymphatique s'allongeait au-devant de l'artère et simulait une anomalie vasculaire : il fallut donc l'enlever préalablement, et prolonger ainsi la durée de l'opération.

La ligature étant faite, une longue incision commencée à

la commissure labiale fendit toute la joue jusqu'à l'angle maxillaire en passant au-dessous du canal de Sténon, qu'il fallait ménager. La dissection du lambeau supérieur permit à un aide de le relever, et, tandis que l'apophyse montante de l'os maxillaire était séparée d'un seul coup avec la cisaille de Liston, une seconde section fendit la voûte palatine depuis la narine gauche jusqu'au voile du palais; la dissection de la tumeur devint facile, et son ablation fut faite ainsi que la portion d'os comprise entre les deux coupes de l'instrument. L'incision enfin, prolongée postérieurement, permit de détacher le ganglion situé derrière l'angle de la mâchoire. La plaie de la paroi buccale fut réunie par la suture entortillée; l'adhésion fut prompte et à peu près complète dès le troisième jour, excepté dans un point resté fistuleux et dans le pertuis occupé par le fil de la ligature.

L'opération avait été faite sans accidents, et son résultat est très satisfaisant jusqu'ici; la malade, alimentée avec des potages, est en bon état.

M. Chassaignac n'avait pas voulu la soumettre au chloroforme, si ce n'est pour la ligature de la carotide; mais, l'effet anesthésique s'étant soutenu, il avait dû en profiter avec avantage, puisque la sensibilité ne se manifesta qu'à l'issue de l'opération. Celle-ci avait duré douze à quinze minutes.

La tumeur, parvenue au volume d'une noix à peu près, était de nature cancéreuse, sans offrir cependant d'une manière précise les caractères de telle ou telle forme de cancer; elle ressemblait à un squirrhe ramolli plutôt qu'à une tumeur encéphaloïde, malgré les vaisseaux développés à sa surface. Quant à l'amygdale, il n'en restait aucun vestige, et la voûte palatine ne présentait pas la moindre altération.

M. Gosselin approuve l'opération principale telle qu'elle a été conçue et exécutée; mais il ne peut approuver aussi facilement l'opération accessoire ou préliminaire, c'est-à-dire la ligature de la carotide primitive; il ne l'aurait pas faite, quant à lui, parce qu'il la considère tout au moins comme

inutile. C'était d'ailleurs l'avis de quelques chirurgiens qu'il avait consultés à cet égard, et notamment de M. Roux, qui, en général, conseille de ne pas s'effrayer des hémorrhagies. L'opération lui semblait très praticable sans toucher aux gros vaisseaux, et il eût été plus simple d'appliquer à la carotide un fil d'attente plutôt qu'une ligature définitive, qui d'ailleurs peut faire craindre une hémorrhagie secondaire et surtout les accidents cérébraux signalés avec raison par M. P. Bérard.

M. Maisonneuve fait la même réflexion que M. Gosselin, et pense que la ligature n'était point nécessaire, d'autant moins que M. Chassaignac s'était mis à l'aise par l'incision large de la joue et la section profonde du maxillaire supérieur. Ces deux temps de l'opération l'ont simplifiée de fait sans en augmenter la gravité. Voilà pourquoi M. Maisonneuve ne ferait point la ligature eu pareil cas, et appliquerait tout au plus un fil d'attente. En effet, ajoute-t-il, les opérations pratiquées dans cette région offrent peu de gravité en général, tandis que cette gravité réelle dépend de la ligature de la carotide primitive. On ne devrait donc y avoir recours que d'absolue nécessité. A part cela, l'opération de M. Chassaignac lui semble très belle et très hardie.

M. Huguier rappelle à l'attention de la Société la question si difficile, si controversée du diagnostic, qui n'avait pas été jugée définitivement lorsque la malade avait été examinée. Sans reproduire les opinions diverses exprimées à ce sujet, il expose de nouveau la sienne, qui était fondée sur l'altération et la dégénérescence d'un ganglion lymphatique, et il la soutient plus encore aujourd'hui en l'appuyant sur l'existence des adénites multiples de la région affectée et sur l'état tuberculeux du sujet.

M. Robert demande si pendant l'anesthésie la malade a rejeté le sang par des mouvements automatiques, dits mouvements déflexes; et, d'après la réponse affirmative de M. Chassaignac, il dit que lui, à cause de cet inconvénient, n'emploie

pas le chloroforme pour les opérations à pratiquer dans la gorge.

Quant à la ligature de la carotide, M. Robert n'adopte pas la manière de voir de MM. Gosselin et Maisonneuve, qui désapprouvent cette première partie de l'opération. Il y a dans cette région des artères nombreuses assez développées pour faire perdre beaucoup de sang aux malades et les affaiblir. C'est pourquoi il admet l'utilité de la ligature, qui dispense d'ailleurs le chirurgien de l'emploi du cautère actuel, et le rassure contre les suites fâcheuses de l'anémie. Il ne croit même pas que la ligature aggrave l'état de la malade de M. Chassaignac, car il a pour son compte lié trois fois la carotide sans accidents locaux, et d'ailleurs, comme on le sait, cette opération ne présente point de difficultés.

Ce que M. Robert n'approuve pas, et ce qu'il ne s'explique point, c'est la section et l'ablation d'une portion de l'os maxillaire qui n'était nullement altérée, puisque la tumeur se trouvait dégagée des parties supérieures, et susceptible d'être détachée sans qu'il fût nécessaire d'en venir à une manœuvre aussi compliquée.

M. Chassaignac remercie d'abord ses collègues de la forme et de la mesure parfaite de leurs critiques, auxquelles il répondra sans hésitation. Il a cru devoir lier la carotide primitive, dans la crainte d'une hémorrhagie consécutive qui, sans ce moyen, l'aurait placé dans la nécessité fâcheuse de recourir à la glace, à la cautérisation et à d'autres agents hémostatiques dont l'efficacité lui semble trop incertaine. Il a été touché surtout par la crainte de porter le bistouri vers la paroi du pharynx, au voisinage de vaisseaux importants, et sans délimitation de la tumeur qu'il voulait enlever. Il avait songé seulement d'abord à la ligature temporaire; mais au moment d'agir, il avait changé d'idée; et, tout en appréciant la valeur et la force des objections qui viennent de lui être adressées, ainsi que l'avantage suffisant d'une ligature d'attente, il maintient l'utilité plus grande d'une ligature définitive.

M. Chassaignac reconnaît ensuite qu'il réfutera plus difficilement l'objection qui lui a été faite d'avoir enlevé l'os maxillaire sain. C'était afin de mieux circonscrire la tumeur, dans la supposition éloignée que l'os pouvait être malade; c'était pour réserver plus d'aisance à la manœuvre opératoire, et pour n'avoir plus d'inquiétude sur les limites du mal; mais encore une fois, et de son propre aveu, ce ne sont pas là des raisons suffisantes pour détruire la valeur des arguments contraires.

M. Monod demande à M. Chassaignac un simple renseignement sur l'instrument dont il s'est servi pour la section de l'os, parce que la pince de Liston lui semble un peu forte.

M. Chassaignac, l'ayant trouvé ainsi, avait préféré la pince de M. Seutin, comme étant plus fine et permettant une section aussi nette qu'avec une scie.

M. Larrey regrette que le tissu morbide de la tumeur n'ait pas été soumis à l'étude du microscope, en raison de l'importance de ce fait, en raison des incertitudes du diagnostic avant l'opération, et même en raison des difficultés reconnues de préciser la nature cancéreuse de ce produit pathologique.

M. Chassaignac, en admettant l'utilité de ce moyen de vérification, n'a pas cru à propos d'y avoir recours.

M. Maisonneuve échange ensuite quelques mots avec M. Chassaignac sur l'étendue donnée à son incision pour se donner du jour et de l'espace. Il lui demande même si, après s'être mis ainsi à l'aise, il n'avait pas, pour cette raison même, regretté d'avoir fait la ligature de la carotide primitive. Car, ajoute M. Maisonneuve, en voyant cette opération simplifiée par le procédé de M. Chassaignac, on est obligé de déclarer que la ligature, devenue inutile, devient aussi regrettable, et il pense que la chirurgie en profitera pour les cas à venir.

M. Huguier, en prévoyant des cas analogues, conçoit que, pour enlever une tumeur située ainsi, il soit permis de prendre ses sûretés contre l'hémorrhagie. Cependant, la ligature fixe pouvant devenir une complication réelle, ne pourrait-on,

comme on l'a proposé, se contenter d'une ligature d'attente, de la ligature médiate de Scarpa, telle que M. Roux l'emploie généralement de préférence, comme offrant plus de sécurité ensuite?

M. Chassaignac trouve précisément dans cette réflexion le motif qui lui a fait rejeter la ligature temporaire; c'est, d'une part, la crainte d'une artérite ou d'un anévrisme, dans le cas où l'aplatissement de l'artère eût été suffisant; c'est, d'une autre part, la crainte d'une hémorrhagie, si l'artère n'eût pas été assez aplatie. Quant à l'objection de M. Maisonneuve, M. Chassaignac la trouve spécieuse; il ne pouvait pas, d'ailleurs, apprécier d'avance ce qui adviendrait comme résultat de son opération.

M. Maisonneuve, à l'appui de son dire, se contente de demander à M. Chassaignac si, en pareil cas, il ferait encore la ligature de la carotide.

M. Chassaignac répond par l'affirmative pour les raisons qu'il a déjà fait valoir, si surtout, ajoute-t-il, la tumeur à enlever était de nature érectile.

Là s'arrête la discussion.

Amputation du pied dans l'articulation tibio-tarsienne, avec résection des malléoles.

M. Morel, médecin à Montdidier, présente à la Société de chirurgie une femme qui a été amputée du pied dans l'articulation tibio-tarsienne, par un procédé qu'il a proposé dans sa thèse inaugurale en 1847. L'opération a été faite par le docteur Josse, d'Amiens, et le résultat en est si satisfaisant, que ce procédé mérite d'être décrit avec quelques détails, pour le comparer, du reste, à ceux qui ont déjà pris rang dans la pratique de l'art.

M. le secrétaire a l'honneur de proposer à la Société de reporter le compte-rendu de cette communication au prochain procès-verbal, en raison de l'étendue déjà considérable de celui-ci. (Adopté.)

La séance est levée à cinq heures et demie. H. L.

Séance du 29 août 1849.

Présidence de M. Deguise père.

Amputation du pied dans l'articulation tibio-tarsienne.

L'étendue du procès-verbal de la dernière séance a motivé l'ajournement du compte-rendu relatif à l'amputation tibio-tarsienne par le procédé de M. Morel (de Montdidier). Ce médecin, comme nous l'avons dit, avait présenté à la Société une femme opérée d'après son procédé par M. Josse (d'Amiens), et qui, rapidement guérie, s'appuyait, marchait sur l'extrémité du moignon sans éprouver la moindre douleur.

Voici d'abord l'analyse du procédé de M. Josse, d'après sa thèse et d'après l'extrait qu'il nous en a donné lui-même (il s'agit du pied gauche) :

Premier temps. — Le chirurgien saisit le pied de la main gauche, et le maintient dans la demi-flexion ; de la droite, armée d'un bistouri très fort, il fait une incision qui, partant du niveau du sommet de la malléole externe, à un demi-centimètre en dehors et au-devant du tendon d'Achille, descend obliquement vers la partie moyenne du bord externe du talon, et se prolonge ainsi jusqu'à sa partie antérieure et moyenne, pour se continuer suivant un arc de cercle jusqu'au bord externe du pied ; de là elle remonte parallèlement à une ligne passant par le bord antérieur de la malléole interne, et à 15 millimètres en avant, jusqu'au tendon du jambier antérieur. Cette incision se prolonge par une autre qui fait avec elle un angle à sinus antérieur de 115 à 120 degrés, et qui se termine au point de départ de la première, en passant sous la malléole externe. Toutes les parties molles du tendon se trouvent ainsi divisées jusqu'aux os par l'action du bistouri tenu perpendiculairement aux tissus.

Deuxième temps. — Le chirurgien porte alors le pied dans l'adduction et dans l'extension tout à la fois ; il divise les ligaments latéraux externes, et ouvre ainsi la partie antérieure de l'articulation ; il porte le bistouri dans l'interligne articulaire de la malléole interne et de l'astragale pour couper le ligament latéral interne, avec

la précaution de ne point léser l'artère tibiale, et il luxe le pied en dehors. Il détache ensuite les parties molles de la face interne de l'astragale et de la voûte du calcanéum, en rasant les os pour éviter les vaisseaux ; il détache le lambeau de la face externe du calcanéum, et de même le tendon d'Achille ; puis il enlève facilement le lambeau de la face inférieure du calcanéum, en abaissant l'extrémité du pied et en poussant le talon en haut et en avant. Le bistouri doit être obliquement dirigé vers les os pendant tout ce temps de l'opération, afin d'éviter plus sûrement les vaisseaux et de ménager un lambeau très épais.

Troisième temps. — Le chirurgien dénude enfin la face externe des malléoles et les retranche d'un trait de scie, à un demi-centimètre au-dessous du bord postérieur de la mortaise tibiale. Il peut s'abstenir de ce dernier temps si les malléoles se trouvent très courtes et si le lambeau est très épais. Il doit, au contraire, pratiquer la section plus haut, si les surfaces articulaires sont malades.

La désarticulation, pratiquée sur le pied droit, nécessiterait une incision de la peau dans le sens inverse, sans autre modification pour le reste de l'opération.

Voici maintenant l'exposé de quelques-unes des raisons alléguées par M. Morel en faveur de son procédé :

Le lambeau s'applique parfaitement sur les surfaces osseuses; il forme vers sa base un bourrelet peu volumineux, contenant le tendon d'Achille, et qui s'efface rapidement par suite de la rétraction musculaire. Le lambeau est épais, bien nourri, et permet un écoulement facile au pus; il est recouvert d'un épiderme induré très apte à supporter le poids du corps, dans la station et dans la marche, tandis que la cicatrice située en dehors et en avant n'éprouvera aucune pression. Les surfaces osseuses se trouvent disposées de telle sorte qu'elles forment un plan uni par l'épaisseur du lambeau, qui en remplit les inégalités. Les tendons, leurs gaînes et leurs synoviales, devant adhérer à la cicatrice, permettent enfin aux muscles de conserver leur action.

M. Morel espère que, si l'expérience confirme de plus en

plus ses idées, on aura raison de préférer cette opération à l'amputation de la jambe dans son tiers inférieur.

La malade qu'il a présentée à la Société de Chirurgie témoigne en faveur de cette manière de voir et de faire. La plaie s'est trouvée parfaitement cicatrisée trois semaines après l'opération, sans qu'il soit survenu d'accidents, ni inflammation, ni gangrène du lambeau, ni fusées purulentes. La peau du talon est restée en rapport avec l'extrémité des os, et elle est maintenue en arrière par le tendon d'Achille; en avant, par les tendons antérieurs adhérant à la cicatrice. Ce lambeau enfin, offre les avantages indiqués précédemment; et le moignon, plus renflé que le bas de la jambe, offre quelque analogie avec le pied d'éléphant. Notons toutefois que, chez cette malade, la malléole interne n'a peut-être pas été réséquée assez haut, parce qu'il serait possible que, dans les cas analogues, la peau formant le moignon, en conservant une certaine motilité, fût tiraillée, rétractée même par les tendons qui s'y accolent presque tous en dehors, d'où résulterait l'insuffisance du lambeau tégumentaire pour recouvrir la malléole interne.

Les éminences malléolaires et les inégalités des surfaces articulaires disparaissent, comme obstacle à la cicatrisation, par le fait de la résection et par la disposition du lambeau. La base de sustentation se trouve aussi étendue que celle qui résulte de l'amputation de Chopart.

L'ouverture des gaînes synoviales des tendons n'augmente pas plus dans ce procédé que dans un autre les chances des accidents inflammatoires.

Le lambeau, par son épaisseur et sa vascularité, ne semble nullement exposé à la gangrène.

Aucun autre lambeau ne saurait mieux convenir pour la marche, après la guérison, et M. Morel cherche à prouver cette assertion en comparant son procédé à d'autres, notamment à celui de M. Syme, plus difficile à pratiquer et plus exposé à la gangrène du lambeau.

M. Larrey croit que M. Morel aurait pu aussi apprécier, comparativement à son procédé, celui de M. Baudens, dont il ne parle pas, qui offre quelques-uns des avantages du sien, et qui, sans lui être préférable peut-être, compte au moins en sa faveur des résultats plus nombreux de l'expérience.

M. Robert, en faisant observer que l'amputation du pied dans l'articulation tibio-tarsienne est devenue depuis quelques années une question intéressante, rapporte qu'il a pratiqué lui-même une fois cette opération d'après le procédé de M. Morel, qu'il attribuait à M. J. Roux ; c'était chez une jeune fille, qui depuis a pu danser et marcher beaucoup sur son moignon même sans éprouver la moindre douleur.

Il avait été obligé seulement de faire une contre-ouverture au centre du lambeau pour donner une issue libre à l'écoulement du pus, et il sait que M. Syme conseille cette incision,

M. Robert ajoute que M. Syme a le premier aussi proposé de substituer le lambeau plantaire à un autre, et que MM. Baudens et Blandin ont adopté le même principe, comme assurant mieux la sustentation du membre; mais il pense que l'on a exagéré la fréquence de la gangrène ; et en cela on ne saurait méconnaître que MM. Morel et Jules Roux ont perfectionné la méthode, en proposant formellement la conservation de l'artère plantaire interne.

Après cette communication de M. Morel, MM. Chassaignac et Larrey et quelques autres membres lui adressent plusieurs questions qu'il est inutile de rapporter.

— M. Vidal demande pour M. Maisonneuve, qui l'en a prié, un congé de quelques jours.

M. le président fait observer que ce congé ne devant entraîner qu'une seule absence, et n'étant point motivé, ne saurait, au terme du règlement, être accordé à M. Maisonneuve.

— M. Danyau, obligé de s'absenter de Paris, demande un congé de cinq semaines, qui lui est accordé.

— M. Boinet, candidat à la Société de Chirurgie, lui adresse deux mémoires imprimés, extraits de la *Gazette Mé-*

dicale, intitulés : l'un, *Mémoires et Observations sur un nouveau procédé très simple pour extraire certains corps aigus engagés dans le canal de l'urètre;* l'autre , *De la valeur des injections iodées dans la thérapeutique chirurgicale*. Ces deux mémoires sont renvoyés à la commission, qui doit faire un rapport sur la candidature de M. Boinet, et qui se compose de MM. Giraldès, Larrey et Morel-Lavallée.

Ectropion et blépharoplastie.

M. Huguier présente, au commencement de la séance, la jeune fille qu'il a opérée d'un ectropion de l'œil droit, et dont les procès-verbaux ont fait mention. Le résultat de l'opération a été aussi satisfaisant que l'on pouvait le désirer. La paupière nouvelle s'offre régulièrement à sa place, et recouvre assez l'œil pour le protéger contre les agents extérieurs d'irritation ; mais M. Huguier a maintenu à dessein, entre les deux rebords palpébraux internes, en dehors des points lacrymaux, l'adhérence formée par une bandelette tégumentaire très étroite, qui semble rapprocher plus sûrement les paupières l'une de l'autre, en facilitant leurs mouvements sans gêner en rien les fonctions de l'œil, et en prévenant ainsi ou en diminuant la tendance du tissu de cicatrice à se rétracter. Des cils naissants se sont même développés assez régulièrement sur la paupière inférieure, qui les avait perdus; et l'œil enfin, n'offrant aucune altération ni même trace de conjonctivite, donne à ce fait de blépharoplastie tout l'intérêt d'un résultat qui date déjà de quatre mois et demi.

Cancer du voile du palais.

M. Chassaignac donne des nouvelles de la malade à laquelle il a enlevé une tumeur cancéreuse du voile du palais , et qui a été dans la dernière séance le sujet d'une longue discussion. Cette femme est dans un état satisfaisant, comme l'a vue l'un de nos collègues M. Morel-Lavallée; la réunion de la plaie faite à la joue s'est établie complétement ; le fil de la ligature

appliquée à la carotide n'est pas encore tombé. La déglutition se fait avec toute facilité; mais un phénomène remarquable ou plutôt un effet fâcheux est survenu dans la phonation; la voix, depuis l'opération, s'est trouvée abolie, à tel point que la malade ne peut plus émettre le moindre son vocal : elle est atteinte d'aphonie absolue.

M. Huguier demande si le nerf laryngé supérieur n'aurait pas été lésé dans l'opération de la ligature.

M. Chassaignac reconnaît qu'il a pu occasionner cette lésion ou celle du nerf récurrent laryngé en enlevant le ganglion situé en arrière de la tumeur.

M. Morel-Lavallée se rappelle avoir vu survenir pareil accident chez une malade à laquelle M. Lenoir (remplaçant alors Sanson à la Pitié) avait enlevé une tumeur située à la partie antérieure et moyenne du cou. La lésion du nerf laryngé supérieur avait été suivie d'aphonie.

M. Robert a constaté cette aphonie chez une jeune fille à laquelle il a pratiqué successivement la ligature des deux carotides.

Il faisait la ligature de la carotide gauche, lorsqu'au moment où l'aiguille de Cooper fut engagée pour saisir l'artère la malade s'écria : J'étouffe ! Sa voix aussitôt devint aiguë et rauque, et son corps se couvrit d'une sueur froide abondante. M. Robert craignait d'avoir heurté le nerf pneumogastrique; l'anse de fil, ayant été passée sous l'artère, fut plusieurs fois soulevée, et l'artère elle-même comprimée avec le doigt à l'effet de savoir si la malade éprouvait de nouveau quelque symptôme semblable; mais il n'en fut rien, et la ligature fut serrée définitivement. Les suites de l'opération furent très simples; mais la raucité de la voix ne se dissipa qu'au bout de quatre ou cinq mois.

M. Robert s'est fortement préoccupé de la cause anatomique de cette aphonie : évidemment le nerf pneumogastrique n'avait pas été lésé, car on aurait observé des accidents plus graves. Le nerf laryngé inférieur est placé trop en dedans

entre l'œsophage et la trachée pour qu'il soit possible de l'atteindre. Qûant aux filets nerveux qui descendent de l'anse de l'hypoglosse et qui rampent au-devant de l'artère, ils ne se distribuent pas aux muscles intrinsèques du larynx.

Ainsi, M. Robert n'a pu s'expliquer les causes de cette aphonie, dont les observations de ligature de la carotide publiées jusqu'à ce jour n'ont pas fait mention.

Il demande en terminant à M. Chassaignac s'il peut plus que lui se rendre compte d'un semblable accident.

M. Chassaignac reconnaît qu'il lui serait impossible d'en donner une explication satisfaisante, et qu'à cet égard il ne sait rien de plus que M. Robert ; mais il pense que ce serait une question digne d'un examen attentif en recherchant le résultat des ligatures de la carotide au point de vue des altérations de la voix.

M. Larrey, reprenant le fait soumis à la discussion au point où il en est actuellement, c'est-à-dire eu égard à la complication d'aphonie consécutive à la ligature de la carotide primitive, pense qu'un accident aussi grave constitue l'objection la plus sérieuse au procédé suivi par M. Chassaignac, et de là par conséquent une raison de plus pour ne pas lier la carotide en pareille occurrence.

M. Huguier ne considère pas ce fait comme ayant une grande valeur, parce qu'il s'agit d'une opération complexe, et qu'à moins de la preuve anatomique le doute est permis sur la lésion spéciale qui a produit l'aphonie. Est-ce ou non le nerf laryngé supérieur ou bien le nerf laryngé récurrent ? Là serait la question. Il ne connaît que des lésions des branches du pneumogastrique ou des filets du grand sympathique, mais point d'exemple semblable à l'accident actuel.

M. Huguier, d'accord du reste avec ses collègues, pense que ce sujet mériterait un sérieux examen, et, au point de vue de l'indication opératoire, une grande réserve.

Tumeur de la vulve.

M. Guersant présente une pièce d'anatomie pathologique fort singulière, dont nous allons résumer l'observation d'après lui :

Une petite fille de trois ans et demi est amenée le 18 août à l'hôpital des Enfants, sans aucun renseignement précis sur ses antécédents de l'affection qu'elle présente. On sait seulement qu'elle a été toujours d'une très mauvaise santé, et que pour la même affection elle a déjà été opérée deux fois par un médecin de Château-Thierry; mais on ne sait ni la grosseur de la tumeur à cette époque, ni l'opération qui a été pratiquée.

Etat actuel. — La malade présente une tumeur sortant de la vulve et venant s'appuyer sur les cuisses, arrondie, un peu ovalaire, à grand diamètre transversal; son contour, dans le sens le plus large est de 28 centimètres, et de 20 dans l'autre sens; elle est rose-violacée. Cette dernière couleur semble due à l'injection de vaisseaux sanguins; elle se montre par taches; cette surface est humide, et la peau des cuisses qui lui correspond, légèrement rouge; la pression de la tumeur n'est pas douloureuse, on la sent formée de petits grains, de petits lobules adossés les uns aux autres; ce qui lui donne l'apparence d'un chou-fleur. Si on cherche à circonscrire la tumeur avec le doigt, on lui trouve un pédicule; mais il est impossible, même avec une sonde promenée tout autour, de pénétrer dans le vagin; le clitoris, que l'on aperçoit en avant, est sain; le méat urinaire présente une ouverture transversale probablement due à la compression qu'il éprouve de la part de la tumeur. L'anus ne présente rien d'anormal.

Etat général. — La peau de la malade est sèche, chaude, le pouls fréquent (120 p.). L'appétit nul, avec une soif très vive; pas de diarrhée, pas de douleur du ventre à la pression. La malade ne tousse pas, la respiration s'entend dans toute la poitrine, mais est un peu faible, pas de râle. La malade est triste et maussade.

Elle prend un bain, et on lui donne à l'intérieur de l'huile de foie de morue.

Le 23 août, la malade, dont l'état était resté à peu près le même depuis son arrivée, devient tout à coup beaucoup plus souffrante.

La tumeur prend une couleur noirâtre, devient plus humide, et répand une odeur déjà légèrement gangreneuse. L'état général s'aggrave, la fièvre augmente (le pouls très fréquent, 130, devient plus petit), le facies s'altère de plus en plus, les forces diminuent, et la diarrhée s'empare de la malade et augmente tous les jours. A cette époque la tumeur est complétement noire, et a diminué de volume. La malade succombe le 28.

Autopsie. — Point de lésions dans les organes splanchniques, rien qui puisse expliquer la mort.

La tumeur prend naissance à l'orifice du vagin; elle représente, à sa surface, l'extérieur des choux-fleurs; son tissu est manifestement fongueux, vasculaire. La tumeur est réduite de moitié de ce qu'elle était avant la mort.

M. Vidal considère cette tumeur comme l'analogue des tumeurs fongueuses sanguines qui existent quelquefois sur le col utérin. Il éloigne complétement l'idée que ce puisse être une végétation syphilitique ou le produit d'une inoculation directe non plus, et encore moins qu'une tumeur vénérienne héréditaire. C'est donc pour lui, en un mot, une tumeur fongueuse maligne.

M. Huguier partage cette opinion, sauf à désigner aussi la tumeur par le nom de tumeur érectile; et il voudrait qu'après avoir été dessinée, l'anatomie pathologique en fût faite très exactement.

M. Chassaignac, en admettant aussi comme très réelle l'opinion de MM. Vidal et Huguier, soulève une autre question. « Si on avait dû agir dans ce cas-là, dit-il, quel procédé opératoire eût-il été convenable d'employer? » Que faire dans l'incertitude de savoir si la tumeur avait une implantation large ou pédiculée? Il aurait voulu, quant à lui, appliquer une ligature à la plus grande partie saisissable de la tumeur, afin d'en diminuer d'abord le volume, d'en déterminer ensuite l'étranglement, la mortification, et enfin d'en achever la séparation, soit par le caustique (la pâte de Vienne, par exemple), soit par le bistouri.

M. Chassaignac soumet d'ailleurs cette idée à M. Guersant, comme lui paraissant propre à offrir, dans son application, le plus de chances de succès.

M. Guersant songeait à opérer cette enfant; mais pendant les quatre premiers jours seulement qu'il a pu l'observer dans son service, il n'a pu s'arrêter au parti qu'il devait prendre, parce qu'il trouvait à la petite malade une mauvaise mine qui lui faisait craindre une résorption purulente. Mais soit que la tumeur prît naissance dans le vagin, soit même qu'elle fût implantée sur le col de l'utérus, c'est sans doute à la ligature qu'il aurait eu recours d'abord, afin de retrancher ensuite la tumeur et de cautériser le reste avec le fer rouge.

M. Vidal revient sur l'aspect comparé des tumeurs syphilitiques et des tumeurs fongueuses sanguines, pour apprécier la coloration de celle-ci.

M. Chassaignac ne pense pas que la coloration puisse être prise pour type en pareil cas, parce qu'elle représente un caractère très variable, selon que l'épithélium est plus ou moins épais. C'est ainsi, par exemple, que dans la chute de l'utérus l'épithélium est comparable au tissu de la peau.

Quant à la cautérisation, M. Chassaignac ne partage pas l'opinion de M. Guersant sur l'emploi du fer rouge. Le cautère actuel, en effet, ne détruit pas les tissus assez profondément, tandis que les caustiques mous, comme le caustique de Vienne, désorganisent et mortifient une plus grande épaisseur des parties.

M. Guersant répond à M. Chassaignac que son intention était d'employer le fer rouge, non-seulement comme agent destructeur des tissus, mais aussi comme moyen hémostatique, parce que les autres caustiques lui semblent insuffisants dans ce double but et inapplicables aux plaies saignantes.

M. Larrey, sans vouloir entrer dans une digression sur ce sujet, et restant dans les termes de la question nouvellement soulevée sur les effets comparatifs des caustiques mous et du cautère actuel, reconnaît aussi que le fer rouge n'a qu'une

action destructive superficielle dans la plupart des cas où on l'emploie ; tandis qu'il possède, en outre de ses effets hémostatiques, les propriétés les plus efficaces comme agent modificateur sur les tissus malades.

M. Larrey rappelle que son père faisait, dans ce but surtout, le plus fréquent usage du cautère actuel, jusqu'à l'appliquer même contre l'érysipèle, de préférence à d'autres médications ; et cependant, ce modificateur si puissant détruit à peine les couches les plus superficielles des parties malades (à moins d'agir comme cautérisation inhérente), et, ajoute M. Larrey, il ne semble pas éveiller dans les organes un degré de sensibilité proportionnel à son action ou à la crainte qu'il inspire.

Ce n'est pas seulement la vaste expérience de son père que M. Larrey cite à ce sujet, et encore moins le résultat de sa propre observation, mais aussi la pratique d'autres chirurgiens, et notamment celle de M. Jobert (de Lamballe), qui a généralisé avec succès depuis quelques années l'emploi du cautère actuel dans le traitement des affections du col utérin. On sait d'ailleurs que les caustiques chimiques, loin d'offrir la même efficacité, nécessitent d'abord des applications plus multipliées, produisent des douleurs plus vives, plus prolongées surtout, et dépassent quelquefois les limites voulues dans leurs effets de désorganisation.

M. Robert établit nettement que deux actions, en effet, sont appréciables dans l'emploi du cautère actuel : l'une destructive, l'autre modificatrice. Il pense, comme l'ont dit MM. Chassaignac et Larrey, que son action destructive est peu prononcée, mais que son action modificatrice est des plus manifestes sur les tissus morbides, surtout vasculaires, par la vive inflammation et même la suppuration qui s'y développent en favorisant la guérison.

C'est ainsi que M. Robert, à l'aide du chloroforme, traite presque toujours les hémorrhoïdes et la chute du rectum par l'application des cautères en réseau, sans chercher à produire

des eschares profondes, et il obtient d'ordinaire les résultats les plus avantageux par la modification que l'on doit attribuer au calorique du fer incandescent.

— La discussion est close sur ce sujet, et la séance levée à cinq heures et demie. H. L.

Séance du 5 septembre 1849.

Présidence de M. Deguise pére.

Amputation du pied dans l'articulation tibio-tarsienne.

La correspondance comprend une lettre de M. Jules Roux (de Toulon) et la copie d'une autre lettre adressée par lui à l'Académie de Médecine, relativement à l'amputation tibio-tarsienne. Voici la lettre de M. Roux au président de la Société de Chirurgie :

Toulon, 1er septembre 1849.

Monsieur le président,

J'ai lu dans l'*Union médicale* que M. le docteur Morel avait présenté à la Société de Chirurgie de Paris, dont j'ai l'honneur d'être membre correspondant, une femme qui avait subi avec succès l'amputation tibio-tarsienne.

Comme, en présentant la même opérée à l'Académie nationale de Médecine, M. Morel m'a contesté la priorité du procédé qu'il a mis en usage, ou mieux, qu'il a imaginé *à priori*, j'ai l'honneur de vous envoyer une copie de la lettre que j'ai écrite au président de l'Académie pour relever les inexactitudes des assertions de ce médecin.

Veuillez, je vous prie, Monsieur le président, donner connaissance à l'assemblée que vous présidez de ma lettre et de la communication qu'elle contient.

Agréez, etc., Jules Roux.

Lecture faite de cette première lettre et de celle qui a été adressée à l'Académie de Médecine, la Société de Chirurgie décide que cette dernière, ayant été imprimée dans les comptes-

rendus de l'Académie, ne saurait trouver place dans ceux de la Société de Chirurgie, et que M. le secrétaire serait chargé d'en donner seulement une analyse.

M. J. Roux rappelle d'abord dans cette lettre que M. Morel (de Montdidier) prétend, d'après sa thèse, publiée en décembre 1847, avoir droit à la priorité du nouveau procédé d'amputation tibio-tarsienne ; mais M. Roux démontre, d'après des dates, que sa première publication, à lui, est, au contraire, antérieure de plus d'une année à la thèse de M. Morel. Ainsi, M. Roux a publié ce procédé en novembre 1846, dans les *Annales de Thérapeutique ;* et dès le mois de septembre de la même année, il en a entretenu la section de médecine du Congrès scientifique à Marseille, en y joignant la démonstration pratique, qu'il a renouvelée publiquement au mois de septembre 1847, à l'hôpital de Montpellier, ainsi qu'à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

M. Roux admet ensuite que M. Morel ait pu méconnaître son procédé opératoire, cependant publié dans divers recueils ou journaux de médecine dont il précise les époques ; mais il ne conçoit pas que son confrère n'ait point fait droit à une lettre explicative de sa part, et il espère que M. Morel reconnaîtra, par cette légitime réclamation, que, si les deux procédés opératoires se ressemblent, la priorité n'appartient pas à lui, mais incontestablement à M. J. Roux.

M. Gosselin pense que la conciliation est facile entre MM. J. Roux et Morel, parce que leurs procédés ne se ressemblent pas. Ainsi M. Morel, comme M. Syme, taille un lambeau exclusivement plantaire, tandis que M. J. Roux forme un lambeau plantaire et interne en même temps. L'exécution est plus facile dans le procédé de M. Morel que dans celui de M. Syme, mais bien plus facile encore dans le procédé de M. J. Roux, qui ouvre l'articulation par sa partie antérieure et externe. C'est pourquoi M. Gosselin, qui depuis plusieurs jours a plusieurs fois essayé comparativement les divers modes d'amputation tibio-tarsienne, préfère le procédé de M. J. Roux à ce-

lui de M. Morel, comme offrant sur le cadavre un résultat plus satisfaisant.

M. Robert, appréciant aussi la valeur d'un procédé d'après le résultat qu'il peut offrir, trouve que le but est le même pour les deux modes opératoires. Dans l'un comme dans l'autre, en effet, il s'agit premièrement de conserver l'artère plantaire dans le lambeau, afin d'en prévenir la mortification, et secondement, par la disposition même de ce lambeau, de faciliter l'écoulement du pus. Mais ce ne sont là en définitive que des procédés d'une méthode qui appartient en propre à M. Syme, tandis que MM. J. Roux et Morel, en la modifiant, ne sont peut-être plagiaires ni l'un ni l'autre. C'est là, il est vrai, ce que l'on pourrait vérifier.

M. R. Marjolin parle dans le même sens que M. Robert, et pense aussi que MM. J. Roux et Morel ont eu la même idée, qu'ils ont mise à exécution d'une manière un peu différente. On comprend d'ailleurs que tel mode opératoire puisse requérir des modifications nécessaires, selon les nécessités même des différents cas qui se présentent.

Lui aussi a imaginé un procédé qu'il mettrait en pratique chez une femme à opérer, en taillant un lambeau dans lequel se trouverait compris le pédicule; mais ce ne serait là qu'une modification encore du même principe opératoire, sans qu'il fût possible ni utile de désigner, de définir d'une manière spéciale d'autres variétés du même genre d'amputation.

M. Chassaignac demande la parole pour une motion d'ordre, et propose de clore cette discussion, puisqu'elle a pour motif une question de priorité. La Société de Chirurgie n'est pas instituée en jury pour apprécier les droits ou les prétentions à l'antériorité de l'un ou de l'autre des deux chirurgiens qui sont en cause.

M. le président fait observer à M. Chassaignac qu'il ne s'agit plus actuellement de priorité acquise ou revendiquée, mais de la question pratique en elle-même.

Cependant, d'après la demande de M. le secrétaire en ce

qui concerne la rédaction du procès-verbal, et d'après quelques réflexions émises par MM. Chassaignac, Larrey, Maisonneuve, Cullerier, Gosselin et d'autres membres, la Société prend la décision qui se trouve énoncée au commencement de ce compte-rendu.

Tumeur de la vulve.

M. Guersant demande à M. Huguier s'il a examiné la tumeur vulvaire présentée par lui à la dernière séance, et s'il est en mesure de faire connaître à la Société le résultat de cet examen.

M. Huguier n'a pu s'en occuper encore ; mais il rédigera pour la prochaine séance une note détaillée à ce sujet.

Suture élastique.

M. Chassaignac a la parole pour lire un mémoire sur un mode de suture combiné à l'aide du caoutchouc, et dont il a eu l'idée, sans savoir qu'un autre chirurgien l'eût imaginé déjà.

M. Maisonneuve apprend, en effet, à M. Chassaignac que ce procédé est celui de M. Rigal (de Gaillac), qui lui en a donné une explication détaillée il y a deux ans ; il l'a même démontré, d'après lui, dans son cours.

MM. Robert et Larrey déclarent savoir aussi de M. Rigal lui-même qu'il est l'inventeur de ce moyen de suture.

M. Larrey rapporte, à ce sujet, qu'il a indiqué (1) un moyen simple et ingénieux imaginé en 1833 par M. Forget, chirurgien-major aux ambulances de l'armée du Nord, pour donner de l'extensibilité aux bandelettes agglutinatives. Ce moyen consiste à interposer et à fixer aux deux bouts de chaque bandelette de petites lanières en gomme élastique au nombre de trois, quatre ou cinq, et séparées les unes des

(1) Histoire chirurgicale du siége de la citadelle d'Anvers, 1833, page 269.

autres de manière à laisser à jour la plaie avec laquelle on les a mises en contact.

M. Larrey ajoute que M. Rigal lui a dit, vers la même époque, avoir puisé dans cette indication l'idée d'un nouveau mode de suture.

M. Chassaignac renonce, en conséquence, à la lecture de son Mémoire, et demande la parole pour une autre communication.

Trachéotomie.

M. Chassaignac cite un cas de trachéotomie auquel il a récemment appliqué le moyen imaginé par lui pour rendre l'opération plus facile et plus prompte. Appelé, il y a deux jours, en consultation avec MM. Recurt, Blandet et Morel-Lavallée pour pratiquer la trachéotomie dans un cas de croup, il reconnut la nécessité de l'opération, et y procéda aussitôt. Le ténaculum fut implanté tout d'abord et sans aucune difficulté dans le cartilage cricoïde (qui est toujours appréciable même chez l'enfant nouveau-né) ; le larynx étant soutenu ainsi d'une manière fixe, il fut aisé de fendre rapidement avec un bistouri droit la peau et la trachée dans une étendue suffisante. Cette ouverture faite permit d'extraire un tube membraneux assez long, et de maintenir ensuite écartées les lèvres de la plaie ; mais, malgré cette opération si simple, si rapide, l'enfant est mort.

M. Chassaignac rappelle à cette occasion qu'à défaut de canule on pourrait fixer les lèvres de la plaie avec des fils, comme l'a proposé Miquel (d'Amboise).

Quant à lui, et dans le même but, il pense que l'on peut maintenir l'écartement des lèvres de la plaie en faisant un repli à la peau, assujettie ainsi de chaque côté avec une épingle et à l'aide de la suture entortillée.

M. Chassaignac signale d'ailleurs quelques-uns des inconvénients graves de la canule, qui rétrécit le diamètre de la

trachée et détermine par son contact irritant l'ulcération de la paroi postérieure de la trachée.

M. Robert ne saurait adopter le procédé de M. Chassaignac, qu'il trouve cependant ingénieux; il soutient que la canule est préférable. On peut d'ailleurs écarter provisoirement les lèvres de la plaie avec des érignes. Il a sauvé deux enfants sur treize opérations de ce genre pratiquées par lui.

M. Robert ajoute à cela un fait curieux d'observation qui résulte, à la vérité, de la présence de la canule, c'est que vers le vingt-unième jour les boissons passent par la plaie sans déterminer toujours, comme il a pu s'en convaincre chez une femme qu'il avait opérée, les accidents que l'on pourrait craindre du contact des liquides dans les voies aériennes.

M. Larrey croit devoir rappeler, comme il l'a fait déjà dans une autre circonstance, que le procédé des épingles, sauf modifications pour maintenir écartées les lèvres de la plaie, a été avantageusement employé par M. Maslieurat-Lagémard dans un cas où il se trouvait dépourvu de canule.

M. Chassaignac ne revendique pas l'idée de ce moyen; mais, tel qu'il propose de le modifier, il le croit utile pour éviter la contraction du cou.

M. Guersant a constaté depuis longtemps les accidents que l'on est en droit de reprocher à la canule; et, lorsque dès 1827 et 28 l'opération de la trachéotomie fut remise en vogue d'après l'autorité de M. Bretonneau, il eut assez souvent occasion de la pratiquer. Il avait proposé dès lors, pour suppléer aussi à la canule, de petites érignes, et plus tard des petits crochets analogues aux agrafes de jarretières propres à rester en place à l'aide de fils liés derrière le cou. Mais c'est seulement dans des expériences sur des animaux que M. Guersant a essayé ce mode de dilatation fixe de l'ouverture trachéale.

La discussion est close sur ce sujet.

— Séance levée à cinq heures. H. L.

Séance du 12 *septembre* 1849.

Présidence de M. Deguise père.

La lecture du procès-verbal de la dernière séance soulève une discussion relative à la priorité que réclame M. J. Roux pour son procédé d'*amputation tibio-tarsienne.*

M. Robert demande d'abord que l'on supprime tout ce qui a trait à cette question de priorité, parce qu'il ne convient pas, selon lui, de donner de la publicité aux faits de cette nature, et il propose ensuite de ne pas reproduire la lettre adressée par M. J. Roux à l'Académie de médecine, puisqu'elle a déjà été insérée dans divers recueils et notamment dans la *Gazette des Hôpitaux.*

M. Larrey croit devoir répondre, comme secrétaire, qu'en exposant dans son procès-verbal les faits exacts, mais succincts de cette discussion, il s'est conformé non-seulement aux exigences du règlement, mais encore à une décision spéciale de la Société. Il fait observer enfin à M. Robert qu'il a simplement analysé et non reproduit dans ses détails la lettre adressée par M. J. Roux à l'Académie de médecine.

MM. Chassaignac, Giraldès et Marjolin appuient les raisons exposées par M. Larrey, en insistant sur l'importance de conserver aux procès-verbaux le caractère d'exactitude qui leur appartient, et qui pourra plus tard offrir de l'intérêt pour la publication des bulletins. En conséquence, la Société décide qu'il ne sera rien changé au procès-verbal.

Rétrécissement syphilitique du larynx. Trachéotomie.

M. Ricord présente deux malades. Le premier est un jeune homme de vingt-trois ans, d'une bonne constitution, atteint d'un rétrécissement du larynx par suite d'accidents syphilitiques tertiaires qui ont intéressé la peau, l'un des testicules et le larynx. C'est dans ce dernier organe que les accidents se

sont localisés en dernier lieu. L'exploration du malade a fait découvrir en même temps des signes de tubercules au sommet du poumon droit, dont l'apparition et le développement peuvent s'expliquer par des antécédents de famille. Cette affection générale était enfin elle-même sous la dépendance même d'une syphilis constitutionnelle lorsque le malade est entré à l'hôpital du Midi. Il se trouvait déjà par les progrès de la maladie du larynx dans un état si alarmant, qu'il respirait à peine et semblait menacé d'asphyxie. En présence d'accidents aussi graves, M. Ricord n'hésita pas à pratiquer sans délai la trachéotomie. Il divisa le cartilage cricoïde et les premiers anneaux de la trachée, mais sans résultat; l'air ne sortait point de la poitrine, la respiration était suspendue, les bruits du cœur ne semblaient plus appréciables; il y avait enfin absence des signes de la vie. Que faire? Les assistants étaient dans une grande anxiété, s'attendant à voir périr le malade sous leurs yeux. M. Ricord, en proie lui-même à la plus vive émotion, se décide aussitôt à faire une dernière tentative, et sans s'arrêter au dégoût que lui inspirait d'abord cette plaie recouverte d'un vésicatoire en suppuration, il y applique résolument la bouche, et par des efforts de succion prolongés il aspire à la fois le sang, le pus, les mucosités qui obstruaient les voies aériennes; puis il insuffle de l'air dans la trachée, et imprime au thorax des mouvements qui contribuent enfin, après cinq ou six minutes d'efforts, à rétablir la respiration, en rendant le malade à la vie.

Les difficultés d'application de la canule furent extrêmes pendant un mois; des crochets mousses, des plaques recourbées, d'autres instruments encore furent essayés sans succès, les pinces à dilatation purent seules être supportées. La trachée, durant le premier mois, semblait s'éloigner vers la région profonde du cou, par le gonflement des tissus, et de là résultait l'un des obstacles à la fixité de la canule. Des accidents phlegmoneux survinrent, qui furent heureusement dissipés. La canule put être appliquée enfin; c'était celle d'A.

Bérard, pourvue d'une soupape et perforée en arrosoir. Elle a été placée il y a aujourd'hui deux mois, et elle facilite la respiration ainsi que la phonation, en même temps que la nutrition s'est réparée. Mais dans les premiers temps de son application, cette canule, il faut le dire, ne fut pas sans inconvénients. M. Ricord, observant que les inspirations étaient souvent difficiles, croyait à l'existence de tumeurs gommeuses en voie de guérison; mais ce mieux n'a pas été durable, et à mesure que la guérison s'effectuait vers les voies aériennes, leur obstruction cependant semblait augmenter par le mal syphilitique, de telle sorte qu'un rétrécissement continu des voies aériennes semble s'être produit par le fait même du travail de cicatrice. M. Ricord a vu trois fois ce résultat dans les affections syphilitiques, et particulièrement chez une dame à laquelle M. Blache donnait des soins. Ainsi le fait qu'il présente a donc aussi de l'intérêt sous ce point de vue. Le malade est destiné à une fistule aérienne. Il a été opéré il y a trois mois; il porte la canule depuis deux, et n'a pu s'en passer, même momentanément, sans être exposé aussitôt à des accès de suffocation par la tendance rapide de l'ouverture trachéale à s'oblitérer.

M. Ricord ne doute pas que le moyen de fixer le larynx proposé par M. Chassaignac ne facilite l'opération, car on doit craindre l'inconvénient du défaut de parallélisme dans l'incision des téguments et de la trachée. Il a vu dans un cas ce défaut de parallélisme entraîner une différence de niveau d'un demi-pouce entre les deux ouvertures.

Oblitération des narines et rétrécissement de l'isthme du gosier par une double affection scrophuleuse et syphilitique.

M. Ricord présente son second malade, jeune homme lymphatique, qui était affecté de tubercules scrophuleux et de symptômes syphilitiques. Le traitement mercuriel et le traitement ioduré ont été mis en usage; un lupus enfin s'est dé-

claré avec les caractères scrophuleux; l'huile de foie de morue a été employée à haute dose, et la guérison s'est effectuée à la face, mais le mal s'est développé vers la bouche à mesure que les cicatrices extérieures se formaient, à tel point que le malade se trouve menacé de suffocation.

M. Ricord croit pouvoir sous ce rapport rapprocher ce second fait du premier, et les rattacher tous les deux au principe de la trachéotomie. Il a souvent pratiqué cette opération; mais il emploie infiniment peu la canule et préfère les pinces dilatatrices, surtout pour les cas d'affection aiguë ; les difficultés lui paraissent trop grandes pour placer la canule. C'est pourquoi il ne l'applique que tardivement.

M. Ricord revient à l'histoire de son second malade, et, en disant qu'il l'a soumis à un traitement ioduré jusqu'à deux, trois ou quatre grammes par jour, ainsi qu'à des gargarismes iodurés, il demande l'avis de ses collègues sur ce qu'il conviendrait de faire sous le rapport chirurgical. Il a maintenant à sa maison de santé un cas d'adhérence complète du voile du palais au pharynx; la difficulté extrême, comme dans d'autres cas analogues, est de rétablir l'ouverture normale à cause de la tendance qui existe à une oblitération complète. M. Ricord se propose enfin de faire aux parties unies entre elles une incision ou un débridement, soit avec le lithotome double, soit avec le bistouri herniaire de Cooper, et de les maintenir ensuite écartées par les moyens qui sembleront les plus propres à faciliter ce résultat.

M. Larrey prie M. Ricord de compléter sa communication et de vouloir bien exposer les caractères locaux de la maladie dans son état actuel, afin que, le diagnostic exact en étant bien établi, il permette ainsi à chacun de mieux apprécier les indications du traitement chirurgical.

M. Ricord s'empresse de reconnaître qu'il a omis en effet de décrire les signes de cette affection, et il les indique successivement : ainsi, le nez est déformé, les narines sont complétement oblitérées ; si on examine l'arrière-bouche, on voit

que le voile du palais est adhérent à la base de la langue à droite et à gauche, mais surtout de ce côté; entre ces deux adhérences, existe une étroite ouverture du diamètre du petit doigt; en arrière de cette ouverture, se trouve placée la luette, libre, mobile et formant soupape. La respiration devient plus difficile dès que la bouche est ouverte, et la déglutition des liquides seulement est possible; quant à la phonation, elle se fait encore aisément.

M. Maisonneuve désire adresser quelques observations à M. Ricord sur son premier malade chez lequel la trachéotomie a été pratiquée. La description de ce fait lui avait fait supposer qu'il existait une oblitération du larynx, mais non, puisque la phonation s'exécute avec assez de facilité. Il y a donc là un cas de rétrécissement moins prononcé que ne l'avait dit M. Ricord. M. Maisonneuve ne croit pas à l'incurabilité de la maladie sans la canule, et il demande si on ne pourrait pas compléter la guérison en rétablissant ou en cherchant à rétablir l'ouverture du larynx. Il y aurait à faire, selon lui, des recherches de ce côté soit avec le doigt, soit avec un instrument dilatateur, soit avec une canule ou par tout autre moyen; il ne sait pas au juste lequel, mais il veut seulement attirer l'attention de M. Ricord là-dessus, afin de débarrasser le malade de sa canule.

M. Ricord trouverait l'observation faite par M. Maisonneuve utile sans doute si on pouvait se fier sur le degré de la phonation pour apprécier la faculté de la respiration. Ainsi, chez l'autre malade dont les narines sont oblitérées, l'inspiration est des plus pénibles, tandis que l'expiration est facile, et la phonation persiste bien plus que l'expiration; chez le malade qui porte la canule, l'inspiration est très difficile aussi, comme on peut le remarquer.

M. Ricord, chez celui-ci, a cherché, d'une part, à élargir l'ouverture du larynx vers la glotte; mais il a éprouvé des difficultés extrêmes par les plus simples tentatives de cathétérisme, provoquant une gêne insupportable, de la douleur, de la toux et

des dangers de suffocation ; il a dû par conséquent y renoncer. En voyant, d'autre part, la guérison s'effectuer rapidement, il a cru pouvoir enlever la canule; mais, comme il a déjà dit, il a dû la maintenir en place à cause des accidents qui étaient à craindre.

M. Maisonneuve dit qu'il n'a pas appuyé son idée seulement sur l'état de la phonation et de l'expiration, mais aussi sur la faculté d'inspiration, et il persiste à penser que l'on devrait rechercher l'ouverture supérieure du larynx.

M. Ricord est convaincu que, si le malade ne respirait plus que par cette ouverture naturelle, cela ne suffirait pas et que le rétrécissement augmenterait de plus en plus.

M. Maisonneuve a fait une fois à Bicêtre l'opération de la trachéotomie dans un cas analogue. Le malade a gardé la canule pendant trois mois, après lesquels il a pu la quitter en raison du dégorgement des tissus. C'est sans y attacher d'autre importance que M. Maisonneuve signale ce fait-là.

M. Ricord le trouve intéressant à cause de la fréquence et de la gravité des tumeurs gommeuses situées dans le tissu sous-muqueux et qui sont susceptibles de guérir.

M. Huguier fait une observation intéressante sur le premier malade : « Nous savons tous, dit-il, que la syphilis constitutionnelle est susceptible de produire des ulcérations qui découpent, déchiquètent les tissus, tels que les nymphes, le prépuce, le lobule de l'oreille, et les transforment quelquefois en lambeaux flottants. Or, un lambeau de cette espèce pourrait exister sur le repli arythéno-épiglottique, et il suffit que l'air entraîne ce lambeau pour que l'expiration devienne aussi facile que l'inspiration est difficile. »

Quant au second malade, M. Huguier pense que deux indications se présentent : la première, de rétablir l'ouverture antérieure des fosses nasales ; la seconde, de rétablir l'entrée des voies alimentaires. Cette double indication semble d'autant plus essentielle que, si la tête du malade se renverse en arrière, en même temps que la langue est abaissée vers

l'isthme du gosier, la suffocation devient imminente. Le voile du palais ne semble pas adhérent, comme l'a dit M. Ricord, mais bien chacun de ses piliers antérieurs ; et l'arrière-cavité est d'ailleurs assez appréciable. M. Huguier partage, du reste, l'idée de M. Ricord pour le rétablissement des voies alimentaires, à savoir : d'inciser largement et de raccourcir le voile du palais.

M. Ricord admet, d'après l'hypothèse de M. Huguier, qu'un lambeau flottant puisse exister et agir selon cette disposition même ; mais il ne pense pas qu'il soit rationnel de comparer les nymphes, le prépuce et le lobule de l'oreille au larynx, et même il ne croit pas que de semblables lambeaux flottants soient susceptibles d'occuper le larynx sans manifester leur présence par des symptômes particuliers.

Quant à l'opération qu'il devra pratiquer, il reconnaît bien la nécessité de rétablir les ouvertures des narines; mais depuis huit jours seulement tout travail pathologique a cessé, et il préférerait rétablir d'abord la voie de la déglutition. Le nez, d'ailleurs, est plus sujet que la bouche à s'obstruer accidentellement ; et en commençant par les narines, les chances de l'opération lui sembleraient plus délicates, parce que le mal est très insidieux, tandis que vers la gorge il y aurait plus de facilité à agir.

En un mot, M. Ricord demande s'il ne serait pas plus prudent et plus sûr d'attaquer de suite les parties qui se présentent dans les conditions les plus favorables.

M. Chassaignac, en remerciant M. Ricord de ce qu'il a bien voulu dire en faveur de l'emploi de son érigne cricoïdienne, cite une femme d'une cinquantaine d'années qui se trouve dans son service à l'hôpital Saint-Antoine, et à laquelle l'opération de la trachéotomie a été faite depuis plus d'un an pour une suffocation d'origine syphilitique. Dès que cette femme enlève la canule, elle éprouve une grande anxiété. « Ceci, ajoute M. Chassaignac, vient à l'appui de ce qu'a dit M. Ricord, et

s'élève contre l'assertion de M. Maisonueuve, qui n'a pas spécifié l'âge et la nature des accidents. »

M. R. Marjolin serait d'avis, pour le cas actuel, de commencer l'opération par les narines plutôt que par la bouche.

M. Huguier ne tiendrait pas, quoiqu'il l'ait dit, à commencer l'opération par le nez, et ce n'est pas à cela qu'il attache de l'importance; mais il revient sur un autre fait qu'il a avancé, et qui est essentiel, selon lui. Ce qu'il a dit à l'occasion de certains lambeaux ou de ces tissus déchiquetés, comme accidents tertiaires de la syphilis, lui semble applicable au larynx aussi bien qu'à l'isthme du gosier; et s'il est vrai que la luette ou les piliers antérieurs et postérieurs du voile du palais puissent se détacher en partie et devenir ainsi flottants, pourquoi n'en serait-il pas de même des replis arythéno-épiglottiques ?

M. Ricord répète que les faits de ce genre, d'ailleurs fort rares sans doute, ne sauraient exister sans des signes caractéristiques.

M. Larrey considère l'observation faite par M. Huguier comme offrant un intérêt d'autant plus sérieux, que l'on pourrait comparer l'existence de ces lambeaux flottants à celle des polypes du larynx, dont les signes sont loin d'être appréciables. Il cite à cet égard une excellente thèse de M. Ehrmann fils (1), qui a groupé autour d'une observation de la clinique de son père, le professeur Erhmann (de Strasbourg), une quinzaine d'exemples connus de polypes du larynx pour en former une histoire générale. La plupart de ces polypes ont causé la mort, sans avoir été reconnus pendant la vie.

M. Ricord répond à cette citation, justement comparative, que les polypes du larynx sont rarement pédiculés; tandis que, s'ils étaient pédiculés, leur présence serait facile à re-

---

(1) *Essai sur les polypes du larynx.* Strasbourg, 1842.

connaître par des signes distinctifs, de même que les lambeaux flottants dont parlait M. Huguier.

M. Larrey apprécie la justesse de cette objection si elle se trouve d'accord avec les faits ; mais il croit se rappeler que plusieurs exemples de polypes rapportés par M. Erhmann étaient précisément des polypes pédiculés, dont l'existence néanmoins n'avait pu être diagnostiquée (1).

M. Robert soulève une autre question relativement au premier malade de M. Ricord. « M. Ricord, dit-il, a parlé de tumeurs gommeuses développées dans les poumons. Je lui demanderai s'il a des faits concluants en faveur de son opinion; car l'autorité de M. Ricord en matière de syphilographie est trop sérieuse pour que l'on ne soit pas en droit d'obtenir de lui une explication positive à cet égard. L'affection pulmonaire de son malade pourrait bien n'avoir pas été telle qu'il la désigne, parce que l'auscultation a pu induire en erreur dans ce cas comme dans bien d'autres. M. Beau a établi, d'après une observation attentive, que dans les altérations du larynx, la respiration est troublée au point de faire supposer quelque lésion pulmonaire. J'ai eu l'occasion de voir, avec M. Michon, à l'hôpital de Lourcine, une femme atteinte d'une affection syphilitique du larynx, et offrant, à l'auscultation, toutes les apparences des tubercules. En conséquence, dans notre opinion, il ne fallait rien faire. Cette femme mourut presque subitement, et à l'autopsie, les poumons se montrèrent parfaitement sains. Nous eûmes donc le regret de n'avoir pas pratiqué la trachéotomie, qui aurait pu sauver la vie à la malade. Je cite ce fait, ajoute M. Robert, comme une objec-

---

(1) M. Larrey a vérifié depuis l'exactitude des faits dont il n'avait conservé qu'un souvenir incertain, et il a constaté, d'après la thèse de M. Erhmann, que, dans les seize cas rapportés par lui, presque toujours les signes avaient été obscurs, inappréciables, et que la mort, ordinairement subite, avait *toujours* démontré, à l'autopsie, la *disposition pédiculée des polypes.*

tion à l'idée émise par M. Ricord. Ce qui me surprend le plus, en effet, dans son observation, c'est que ce jeune homme, si gravement malade des poumons, se soit trouvé débarrassé de sa maladie en trois mois! »

M. Ricord répond que ce n'est pas là une objection pour lui. « Certes, dit-il, les altérations du larynx troublent sensiblement les fonctions respiratoires; et pour éviter autant que possible les erreurs, il faut une grande réserve dans le diagnostic. Je reconnais, à cet égard, m'être trompé moi-même plusieurs fois; et si j'ai cru, dans le cas dont il s'agit, à l'existence de tumeurs gommeuses du poumon, je n'ai pu établir mon diagnostic que par analogie, en appréciant la valeur des signes de l'auscultation, la nature des crachats et les autres caractères liés à ceux-là. Il m'est arrivé de trouver dans le tissu pulmonaire les éléments des tumeurs gommeuses; mais ces altérations, je ne les ai pas observées assez, il est vrai, pour en faire l'histoire complète.

» Quant à la guérison du malade après trois mois, M. Robert, qui s'en étonne, a sans doute oublié les tumeurs gommeuses qu'il a observées, parce que je ne connais pas d'accident syphilitique qui guérisse plus vite que celui-là, et il n'est point comparable aux tubercules pulmonaires. Je ne donne pas la certitude, mais la probabilité du fait, et je n'ai pas vu davantage les autres altérations du larynx, mais je les ai appréciées par analogie. »

M. Robert. Je ne trouve pas la question résolue ainsi, puisque, de son propre aveu, M. Ricord n'a point assez positivement constaté l'existence des tumeurs gommeuses dans les poumons.

M. Ricord s'empresse de dire que bien certainement il a vu des tumeurs gommeuses, mais non chez le malade qui fait le sujet de cette discussion.

M. Robert demande au moins une description des tumeurs gommeuses du poumon. Elles forment, selon lui, une espèce de bourbillon comparable à celui des affections furonculeuses,

et qui doit être éliminé par la masse plastique. Il en résulterait donc des cavités, et par conséquent une guérison qui ne serait pas aussi prompte.

M. Ricord répond que la rapidité de la guérison prouverait déjà l'existence de la tumeur gommeuse. Celle qui se trouve dans le poumon, comme ailleurs, se développe dans le tissu cellulaire, et offre toujours les mêmes caractères. C'est d'abord un petit noyau, qui s'accroît et se durcit; sa coloration est d'un gris foncé, puis, sans travail d'énucléation, il se ramollit, se fend du centre à la circonférence, non point par suppuration; il a de la tendance à contracter des adhérences extérieures; et la tumeur se vide, non par un bourbillon, ni par un seul tout, mais par une sorte de détritus organique. La maladie, une fois attaquée, passe enfin à la guérison la plus rapide; rien, sous ce rapport, n'est plus prompt en pathologie: et pourquoi n'en serait-il pas là, dans le poumon, comme il en est ailleurs, en raisonnant par analogie? N'a-t-on pas vu dans l'anatomie pathologique du poumon une foule d'altérations qui restent inexpliquées?

M. Huguier, faisant remarquer que la question a été déplacée, reconnaît cependant que ce que M. Ricord vient de dire a beaucoup de vérité; mais lui aussi, comme M. Robert, a souvent bien étudié la tumeur gommeuse. Dans le principe, elle n'est, en effet, qu'une induration chronique du tissu cellulaire; mais plus tard la désorganisation s'en empare et même la gangrène, dont l'élimination représente une sorte de bourbillon. M. Huguier enfin admet et a vu la rapidité extrême de la guérison par l'iodure de potassium.

— La discussion est close et la séance levée à cinq heures et demie.

Séance du 19 *septembre* 1849.

Présidence de M. Deguise père.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— A l'occasion du procès-verbal et de l'aspiration qui avait

été faite par M. Ricord sur un opéré de trachéotomie, M. Maisonneuve fait observer que, dans les cas où l'on peut provoquer la sortie du sang ou de quelque autre corps étranger, on arrive bien mieux au résultat par des instillations d'eau dans la trachée que par les aspirations. L'eau, au moyen de l'irritation qu'elle exerce, provoque de violentes expirations qui chassent tous les objets contenus dans l'arbre aérien.

M. Robert. Le procédé dont parle M. Maisonneuve serait dangereux lorsque le malade se trouverait, par un commencement d'asphyxie, dans un état d'insensibilité qui ne permettrait pas à la surface interne de la trachée d'être irritée par le contact du liquide. La présence de l'eau ne pourrait alors que rendre l'asphyxie plus complète. M. Robert cite, à cette occasion, un enfant auquel il a fait la trachéotomie pour un croup, et qui n'avait plus la force d'expulser le sang tombé dans la trachée. Il n'eut d'autre ressource que d'appliquer la bouche sur les lèvres de la plaie et d'insuffler de l'air; l'enfant reprit peu à peu la faculté de respirer, ce qui n'aurait sans doute pas eu lieu si on avait versé de l'eau dans la trachée.

M. Maisonneuve. Il faut bien remarquer que M. Robert n'apporte aucun fait à l'appui de son opinion. Pour moi, au contraire, je m'appuie sur les faits de M. Bretonneau, de M. Trousseau, et sur ceux que j'ai pu observer moi-même. On peut, du reste, s'expliquer l'efficacité de ce moyen en songeant que l'eau va, jusqu'aux dernières ramifications bronchiques, stimuler ce qui peut rester de sensibilité.

M. Chassaignac. Je combats l'opinion de M. Maisonneuve pour une autre raison; c'est que la présence des corps étrangers peut occasionner des pneumonies lobulaires. Quelqu'un a fait des expériences sur ce sujet, et a vu que les insufflations de calomel et diverses instillations étaient suivies, chez les chiens, de ces pneumonies. J'emploie, pour rétablir la respiration dans les cas dont on parle, un autre moyen, c'est l'élévation et l'abaissement alternatif des deux bras; ces mouve-

ments entraînent nécessairement une inspiration et une expiration forcées.

M. Guersant. Pour moi, dans les cinq ou six faits de guérison que j'ai observés à la suite de trachéotomie faite pour le croup, je n'avais pas instillé d'eau dans la trachée; tous les enfants chez lesquels j'ai suivi cette pratique ont succombé. D'ailleurs M. Trousseau n'a jamais injecté une aussi grande quantité d'eau que semble le supposer M. Maisonneuve, il se contentait d'instiller quelques gouttes; et je sais qu'aujourd'hui il a renoncé à cette manœuvre, sans doute à cause des résultats obtenus par M. Miquel, d'Amboise, dans le travail auquel M. Chassaignac vient de faire allusion.

— M. Giraldès lit un rapport sur les travaux de M. Boinet, et conclut en proposant d'adresser des remercîments à l'auteur, et de l'inviter à présenter un nouveau travail. Ces conclusions sont adoptées.

— M. le docteur Gariel présente quelques appareils en caoutchouc vulcanisé. Avant de faire la description de ces appareils, il donne quelques détails sur le caoutchouc et sur le procédé nommé vulcanisation.

Il insiste sur ce point, que la vulcanisation augmente les qualités naturelles du caoutchouc, et annihile ses défauts.

Le caoutchouc vulcanisé, dit-il, est complétement imperméable.

Il est parfaitement et régulièrement élastique. (Une bande d'un demi-millimètre d'épaisseur et de 10 centimètres de longueur, à laquelle on a fait subir, un nombre indéterminé de fois, une distension de 40, de 50 centimètres, revient toujours et exactement à son point de départ.)

Il a une force de cohésion immense. (Il est pour ainsi dire impossible de rompre cette même bande, quelque traction que l'on opère.)

Il est inattaquable par les agents chimiques les plus puissants (nitrate d'argent, acides nitrique, sulfurique, chlorhydrique, nitrate acide de mercure, etc.).

Les huiles, les corps gras n'ont également aucune action sur lui.

Enfin, et c'est un point capital, le caoutchouc vulcanisé conserve toute sa souplesse, toute son élasticité sous l'influence des températures les plus opposées.

Tant de qualités réunies dans une même substance ont fait penser à M. Gariel que le caoutchouc vulcanisé devait être approprié avec avantage à la confection des appareils chirurgicaux.

Ces appareils se rapportent à cinq sections principales :

1° Instruments à traction, qui comprennent un appareil à extension et contre-extension continues pour le traitement de la fracture du col du fémur, un autre pour les déviations de la colonne vertébrale, un troisième pour le traitement du pied bot.

2° Appareils à compression, savoir : bandes, pelotes à air pour la compression des ganglions inguinaux et des tumeurs du sein, tube avec renflement pour le tamponnement des fosses nasales, sonde avec renflement pour la compression des tumeurs des voies urinaires.

3° Appareils à contention, savoir : pelotes herniaires, coussinets pour le pansement des fractures, pessaires ; tous ces instruments se distendent avec de l'air.

4° Appareils à dilatation, sondes urétrales et œsophagiennes avec ou sans renflement, suppositoire dilatateur.

5° D'autres appareils qui ne rentrent dans aucune des sections précédentes, tels que urinal, vessie destinée à recevoir de la glace, alèzes, pyxide pour le traitement des maladies du col de l'utérus par la voie sèche.

— M. Luvandovski présente un bas lacé de nouvelle invention pour les varices des jambes.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Séance du 26 *septembre* 1849.

Présidence de M. Deguise père.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance. M. Rigal (de Gaillac) écrit à la Société au sujet de la communication de M. Chassaignac sur l'emploi des bandelettes de caoutchouc. MM. Maisonneuve, Robert et Larrey ayant revendiqué pour M. Rigal l'idée mère de ce procédé, et M. Chassaignac ayant cru devoir retirer sa communication, M. Rigal envoie ses titres à la priorité, et donne une observation de cancer de la lèvre inférieure, qui porte la date du 20 mai 1841, dans laquelle se trouve décrite une suture faite avec du tissu élastique.

— M. Chassaignac a la parole pour la lecture d'une observation sur un nouveau procédé pour l'opération de la grenouillette ; mais avant de faire cette lecture, il croit de son devoir de rendre compte à la Société de l'opération dont elle a bien voulu s'occuper dernièrement pour une tumeur cancéreuse du voile du palais, de l'amygdale et d'une portion de la paroi du pharynx.

La malade qui fait le sujet de cette observation fut opérée le 16 août 1849, la ligature était tombée le quinzième jour. C'est sept jours après, le 6 septembre, que la malade a succombé. Voici les résultats de l'autopsie :

Presque tout le voile du palais, une portion de la voûte palatine osseuse, le pilier antérieur du voile du palais et la portion attenante de la paroi du pharynx avaient été enlevés. Il ne restait pas la moindre trace du tissu malade ; il y avait cicatrisation complète des parties osseuses et de la plaie du pharynx.

Il n'y avait aucun ganglion malade sur le trajet de la carotide ni dans la région sus-claviculaire, ce qui prouve que, suivant la conjecture émise avant l'opération, les ganglions

engorgés dans la région sus-claviculaire n'étaient pas cancéreux.

Dans le médiastin antérieur, existait, à quatre travers de doigt au-dessous de la fourchette du sternum, un abcès que M. Chassaignac regarde comme de nature métastatique.

Au sommet du poumon gauche, celui répondant au côté de l'opération, existaient de vastes cavernes rameuses parfaitement cicatrisées. Il y avait aussi plusieurs noyaux tuberculeux récemment ramollis.

Il y avait un abcès tuberculeux à la racine des bronches du poumon droit. La trachée, ainsi que les bronches, étaient remplies de matière purulente.

Larynx parfaitement intact. L'aphonie existant pendant la vie ne pouvait être rattachée à aucune lésion du larynx.

La carotide liée offrait deux caillots adhérents l'un au-dessus de l'autre, au-dessous du point sur lequel avait été appliquée la ligature. Le premier remontait jusqu'à la division de la carotide primitive en carotides externe et interne ; l'autre descendait jusqu'à 1 centimètre de la concavité de la crosse de l'aorte.

Ici, nous laisserons parler M. Chassaignac : Le nerf pneumogastrique, dit-il, dans la note lue par lui à la Société, présentait une interruption dans sa continuité. Comme la ligature était tombée depuis 7 jours, et qu'un travail ulcératif s'était produit dans l'intérieur de la plaie, il me reste quelques incertitudes sur la cause de cette interruption. Est-elle due à une section du nerf lors de l'ablation du ganglion que j'avais enlevé sur le trajet de la carotide; est-elle due à ce que j'aurais compris le nerf dans la même ligature que l'artère ? Voilà ce sur quoi des doutes pourraient s'élever. Mais ce qui reste pour la science, c'est que l'aphonie qui a eu lieu dans ce cas paraît incontestablement due à la solution de continuité du pneumogastrique ; c'est encore que cette solution de continuité, accompagnée de ligature de la carotide, n'a produit aucun désordre dans les fonctions de l'intelligence,

aucune suffocation, et, dans le poumon lui-même, aucun désordre qui puisse lui être spécialement attribué.

M. Maisonneuve. J'ai eu l'occasion d'observer plusieurs fois des abcès du médiastin à la suite de la ligature de la carotide. Quoique l'explication de ce genre de lésion ne soit pas encore très facile à donner, je serais porté à penser que ces abcès sont le résultat d'une fusée purulente dont le point de départ serait la plaie résultant de l'opération faite à la carotide. Si je hasarde cette explication, c'est qu'elle me paraît plus plausible que celle de M. Chassaignac, qui verrait là un abcès métastatique.

M. Chassaignac. Mon attention a été portée dans le sens signalé par M. Maisonneuve; mais je ne m'y suis point arrêté par les raisons suivantes : 1° L'abcès du médiastin était totalement circonscrit; 2° il était situé à plus de quatre travers de doigt de la plaie du cou; 3° enfin, il n'existait aucune trace de trajet fistuleux ou même d'engorgement entre la plaie artérielle et l'abcès du médiastin.

M. Maisonneuve. Je ferai remarquer à M. Chassaignac qu'il aurait pu s'établir entre les deux points, comme cela s'observe quelquefois dans certains phlegmons, un travail inflammatoire partant de la plaie jusqu'au médiastin, et qui eût déterminé un abcès dans cet endroit sans que le trajet de communication eût nécessairement suppuré.

M. Gosselin. Lorsque M. Chassaignac nous entretint pour la première fois de l'opération dont il nous donne aujourd'hui les résultats, j'avais émis l'opinion d'établir une simple ligature d'attente, dans la prévision d'une hémorrhagie ou d'accidents cérébraux. Ces accidents ne sont pas survenus, il est vrai; mais la lésion du pneumogastrique, occasionnée par la constriction de la ligature, suffit à elle seule pour corroborer mon opinion. Relativement à l'abcès du médiastin, je trouve que l'explication donnée par M. Maisonneuve est très admissible. Néanmoins, ne pourrait-on pas voir là un simple ramollissement de matière tuberculeuse?

— M. Chassaignac communique un fait de kyste sublingual simulant une grenouillette, et qui était accompagné d'une fistule du canal de Warthon. M. Chassaignac tenta d'opérer le kyste en cherchant à l'énucléer des tissus environnants. La dissection fut assez facile jusqu'au point où le kyste adhérait au canal de Warthon, là où ce conduit était le siége d'une fistule. Les parois de la tumeur furent rompues vers ce point, et donnèrent passage à un liquide analogue à de la synovie. Le doigt, introduit dans la cavité du kyste, permit de reconnaître que, dans la région sus-hyoïdienne, il était tout à fait sous-cutané.

L'énucléation ayant échoué, M. Chassaignac se propose de faire ultérieurement une autre opération, et soumet les conclusions suivantes à la Société :

1° Le kyste sublingual simulant la grenouillette est assez lâchement uni à la muqueuse buccale pour pouvoir être facilement énucléé.

2° L'énucléation pourra être employée avec avantage quand on aura affaire à des kystes peu volumineux.

3° Le peu d'épaisseur des parties qui recouvrent inférieurement le kyste dans la région cervicale, quand il a acquis un certain développement, permettra de faire pénétrer l'injection iodée par la région sous-mentale, dans le but d'éviter les accidents d'intoxication qui pourraient résulter de ce mode d'opération pratiquée par l'intérieur de la bouche.

M. Huguier à M. Chassaignac. Pensez-vous que ce kyste, que vous avez trouvé adhérant au canal de Warthon, ne pouvait pas être une dilatation de ce canal ?

M. Chassaignac. Je ne le crois pas.

M. Morel-Lavallée, dans le service duquel se trouvait la malade opérée par M. Chassaignac, annonce qu'elle est sortie ce matin, le kyste paraissant parfaitement revenu sur lui-même.

M. Maisonneuve. M. Chassaignac, n'ayant pu parvenir à l'énucléation de son kyste, aurait pu, ce me semble, employer

un des procédés connus, celui de M. Jobert entre autres. Quant à la dissection de ces tumeurs, je la regarde comme devant être, je ne dirai pas délicate, mais presque impossible, et je ne vois aucun motif pour ne pas préférer l'injection iodée, qui constitue une opération plus facile et tout aussi sûre. M. Chassaignac redoute la présence de l'iode introduit dans la cavité des kystes sublinguaux! Ces craintes sont-elles fondées? Existe-t-il un seul fait où l'on ait noté quelques signes d'intoxication?

M. Chassaignac. Je n'ai pas voulu établir la supériorité de l'énucléation des kystes sublinguaux sur les autres procédés généralement employés; mon seul but a été d'attirer l'attention sur la dissection facile de ces tumeurs.

Le volume considérable du kyste que j'ai opéré m'a seul empêché de n'avoir point recours au procédé de M. Jobert.

M. Lenoir. Je profite de la communication de M. Chassaignac pour revenir sur la malade dont j'ai entretenu la Société il y a quelque temps et qui portait une tumeur sublinguale s'étendant à deux ou trois pouces au-dessous de la mâchoire. Cette disposition permettait très bien de percevoir une fluctuation des plus manifestes. J'ai déjà dit que j'avais pratiqué une ponction exploratrice qui avait procuré la sortie d'un liquide composé de petits granules assez semblables à de la fécule. Cette circonstance me fit présumer que la tumeur n'était pas une grenouillette, mais un kyste sous-maxillaire. Après la ponction exploratrice, j'injectai une certaine quantité d'eau chaude, qui fut suivie d'une inflammation assez vive de la cavité buccale. Pendant la durée de cette inflammation, j'introduisis dans la tumeur un séton au moyen de deux petites incisions, et je fis faire en même temps des injections détersives. Aujourd'hui, la tumeur est réduite à un pouce d'étendue à peu près; elle n'est plus constituée que par une simple poche avec un petit point fistuleux qui donne passage à un liquide ressemblant à du pus. J'espère maintenant que quelques cautérisations pourront amener la guérison.

J'ai sondé le canal de Warthon et je n'ai pu découvrir l'ouverture par où s'écoule le pus; par conséquent, je suis porté à penser qu'il n'existe aucune communication entre la tumeur et ce canal.

M. Cullerier. Les craintes manifestées par M. Chassaignac sur l'intoxication à la suite de l'administration de l'iode sont, je crois, exagérées. Je pourrais citer une malade qui a pris une fois par erreur 40 gouttes de teinture d'iode sans qu'il en soit résulté le moindre accident. Je cautérise souvent certaines ulcérations tertiaires dans le fond de la gorge avec de l'iode caustique, et, quoiqu'il doive nécessairement en tomber dans l'œsophage, je n'ai pas encore vu survenir un seul accident.

M. Monod. J'ai observé une fois chez un malade que j'avais opéré d'une hydrocèle une diarrhée très forte, qui apparut le lendemain de l'opération. Je m'étais servi d'une injection iodée semblable à celle qu'emploie M. Velpeau; mais, lorsque je voulus faire ressortir l'injection, elle ne revint pas. Dans l'impossibilité où je me trouvai de m'expliquer la diarrhée dont fut pris mon malade, je me demandai s'il n'y avait pas eu là une espèce d'intoxication. Mais je n'ai pu acquérir aucune preuve matérielle que mon hypothèse eût quelque fondement.

M. Lenoir. J'ai été témoin d'un fait dans lequel une demi-seringue d'iode a été laissée dans la cavité vaginale sans le plus léger accident. Seulement, la résorption du liquide se fit avec lenteur et le malade fut deux mois à guérir.

M. Huguier présente un kyste de l'aisselle opéré après la mort. Ce kyste, du volume du poing environ, ayant été incisé dans toute sa longueur, on reconnut qu'il renfermait une hydatide.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Séance du 3 octobre 1849.

Présidence de M. Deguise père.

Correspondance.

M. Larrey donne lecture à la Société d'une notice d'ophthalmologie qui lui a été adressée par M. Berthcrand, chirurgien aide-major de l'armée d'Algérie, et qui a pour titre : *Relation d'une névralgie oculaire épidémique*, observée en Afrique (septembre 1847). Une commission composée de MM. Lenoir, Larrey et Morel-Lavallée, est chargée d'examiner ce travail et d'en rendre compte à la Société.

M. Huguier fait hommage à la Société d'un mémoire sur l'*esthiomène*, ou *dartre rongeante de la région vulvo-anale*, extrait des Mémoires de l'Académie nationale de Médecine, et accompagné de quatre planches qui représentent les variétés de cette maladie.

Tumeurs sublinguales.

M. Larrey fait un rapport verbal sur une note qui a été adressée il y a deux mois environ à la Société de Chirurgie par M. Bertherand, déjà cité. Cette note n'est autre chose qu'un extrait de la thèse soutenue à Strasbourg en 1845 par ce jeune chirurgien militaire sur une question qui avait paru mériter l'intérêt de la Société, et qui, dans deux cas récents encore, a fixé son attention.

La thèse de M. Bertherand, intitulée *Recherches sur les tumeurs sublinguales*, a en vue de différencier les tumeurs de nature diverse susceptibles de se développer dans la région sublinguale, et qui sont souvent confondues entre elles sous le nom de *grenouillette*.

Un exposé succinct de la région sublinguale en précise d'abord les éléments anatomiques.

C'est sur cette donnée première que l'auteur établit une

classification des tumeurs sublinguales, c'est-à-dire d'après les organes et les tissus aux dépens desquels se développent ces tumeurs.

Ainsi, à cet égard, elles offrent à considérer des tumeurs :

1° De la muqueuse buccale et du tissu cellulaire sous-muqueux ;

2° Des vaisseaux sous-linguaux ;

3° De la glande sublinguale ;

4° Du canal de Warthon.

Les *tumeurs de la muqueuse buccale* sont ordinairement des tumeurs fongueuses, des excroissances proprement dites. Levret, Baraton, Plater, Perrault, Marochetti, Tulpius, Garriat, Faure, ont cité de nombreux exemples de ces tumeurs fongueuses, mollasses, spongieuses, insensibles, de consistance charnue, de forme allongée, irrégulière, siégeant presque toujours aux environs du frein.

L'obstruction des cryptes de la membrane muqueuse détermine leur gonflement avec ou sans inflammation ; de là des tumeurs glanduleuses multiples, peu volumineuses, indolentes, contenant soit une matière grasse , onctueuse, analogue à de la bouillie, l'athérôme, en un mot; soit une substance jaunâtre, mielleuse, ou le mélicéris; soit une substance sébacée, caséeuse; soit même enfin du tissu encéphaloïde.

Fabrice d'Aquapendente, Marochetti, Tulpius, Loder, B. Bell, J.-L. Petit, Chélius, ont signalé des cas qui se rapportent à ces variétés.

Les *tumeurs du tissu cellulaire sous-muqueux*, observées par Frank, Aranzi, Garriot, Craigias, Malcolme, Jourdain, Petit, Ruby, sont analogues à celles du tissu cellulaire sous-muqueux des autres régions du corps, et qui revêtent les caractères de l'inflammation.

La *Gazette Médicale* de 1834 cite un cas de tumeur gangréneuse du tissu cellulaire sous-lingual.

Quant aux lipomes et aux stéatomes appartenant encore au même tissu, on en trouve de nombreux exemples rappor-

tés par Dupuytren, Scherer, Symes, Girard. Ces tumeurs sont mollasses, sans fluctuation, et souvent bosselées à leur surface.

Si elles offrent de la transparence, des parois ténues, etc., elles sont susceptibles de disparition spontanée ; si surtout leur développement est inégal, on peut croire qu'il s'agit d'un kyste séreux ou séro-fibreux. Ravaton, Dupuytren, Breschet, Larrey père, en ont cité des observations.

Goulen a rapporté enfin des cas de *kystes hydatiques* de la région sous-linguale.

Les *tumeurs des vaisseaux sous-linguaux* sont les plus rares assurément. Aëtius semble avoir observé la dilatation variqueuse des veines sous-linguales.

Le professeur Stoltz (de Strasbourg) a rencontré un exemple marqué de tumeurs érectiles de cette région.

Les *tumeurs de la glande sous-linguale*, très bien décrites par Garriot et Ravaton, ont présenté toutes les altérations des autres glandes analogues du corps, depuis le plus simple engorgement jusqu'à la dégénérescence cancéreuse.

Les *tumeurs du canal de Warthon*, assez souvent observées, ont offert les cas les plus curieux. Elles sont formées soit par la rétention de la salive dans l'intérieur des canaux excréteurs, soit par la présence de concrétions calculeuses. Dans le premier cas, la tumeur est molle, fluctuante, transparente, lentement développée, susceptible d'augmentation de volume, avec ou sans épaississement de ses parois, et offrant quelquefois la saillie des orifices des conduits. Dans le second cas la tumeur est ordinairement peu volumineuse, inégale à sa surface, de consistance dure.

D'après ces données sur le siége anatomique des tumeurs sublinguales, celles des conduits de Warthon se présenteraient le plus fréquemment à l'observation, d'après M. Bertherand, qui ne semble pas en avoir donné une preuve suffisante.

Il a indiqué dans son travail les opinions variées des chirurgiens qui, depuis l'antiquité, ont confondu les tumeurs

sublinguales les plus diverses sous la dénomination de ranule ou de grenouillette, dénomination basée elle-même sur une ressemble informe avec la grenouille, ou sur le son de voix analogue au croassement de ce batracien.

L'auteur de la thèse répond ensuite à quelques-unes des objections adressées à la localisation de la grenouillette dans les conduits de Warthon exclusivement, et il propose en conséquence de rejeter tout à fait cette dénomination de grenouillette, qui est en effet impropre à tous égards.

Dans un exposé symptomatologique des tumeurs sublinguales, il apprécie successivement le volume, la forme, la couleur, la consistance, la sensibilité, le développement, le contenu de ces tumeurs, ainsi que les propriétés de la salive excrétée; mais cette partie de la thèse, ainsi que la question du diagnostic différentiel, manquent de développement. L'étiologie comprend des causes prédisposantes et des causes déterminantes qu'il était possible aussi d'étudier avec plus de soin.

Quant à la marche, à la durée, aux terminaisons de ces tumeurs, elles n'offrent rien de précis.

Le pronostic n'en est pas grave en général.

L'importante question du traitement est bien exposée par M. Bertherand, qui passe en revue et apprécie avec justesse quelques moyens généraux ou indirects, puis les moyens locaux ou directs. Ainsi l'ouverture de la tumeur, soit par ponction, soit par incision; la cautérisation, le séton, les injections adhésives, etc.; la formation d'une fistule artificielle, et notamment le bouton de Dupuytren; — l'excision partielle avec renversement et suture des bords d'après le procédé de M. Jobert; la résolution par mouchetures ou scarifications; l'atrophie par compression, par ligature, par torsion, telle que M. Bertherand l'a proposée pour les tumeurs polypeuses (et telle qu'il l'a employée avec succès chez un Arabe, l'année dernière); l'ablation enfin.

Telle est en aperçu l'analyse de ce travail, qui, sans avoir

une valeur originale, a cependant le mérite d'établir une classification rationnelle des tumeurs hypoglottiques, et d'indiquer ainsi les éléments d'un diagnostic trop souvent erroné jusqu'ici, en même temps qu'il semble tracer pour les observations ultérieures des indications plus précises du traitement.

En conséquence, dit M. Larrey, j'ai l'honneur de proposer à la Société de Chirurgie d'adresser une lettre de remercîments à M. le docteur Bertberand, et de l'inviter à donncr à la Société un exemplaire de sa thèse.

M. Monod, après la lecture de ce rapport, rappelle qu'il a déjà été souvent question des tumeurs sublinguales dans les séances de la Société, et il fait observer que l'opinion dc la plupart de ses membres semble contraire à l'idée exprimée par M. Bertherand sur la fréquence des tumeurs développées aux dépens du canal de Wartbon.

M. Lenoir demande si l'auteur de la thèse cite des faits à l'appui de son idée, parce que les observations de vraie grenouillette peuvent seules décider cette question assez difficile ; et il suppose aussi que M. Bertherand, en composant son travail, ignorait sans doute l'opinion de beaucoup de chirurgiens à cet égard.

M. Larrey répond que cette thèse, malgré les recberches intéressantes dont elle a été l'objet, laisse à désirer, en effct, des observations détaillées propres à préciser mieux les caractères de la grenouillette, et à éclairer plus complétement encore ce qui reste obscur dans l'étude des tumeurs sublinguales.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Traitement des ulcères par l'eau froide.

M. R. Marjolin communique à la Société le résultat de quelques recherches faites par lui sur la thérapeutique dcs ulcères. Il a été souvent frappé des inconvénients des bandelettes de diachylum dans le pansement des ulcères ; et il s'est

proposé de substitner à cette méthode, trop généralement usitée suivant lui, la simple application de l'eau froide. C'est d'abord un moyen de propreté essentielle à la guérison ; c'est ensuite un mode de traitement aussi prompt qu'efficace. Employée en lotions et sous la forme de fomentations froides, l'eau agit en effet comme l'un des plus puissants modificateurs des ulcères. Voici comment M. Marjolin procède au traitement : Il commence par faire prendre au malade quelques bains de propreté, puis il prescrit des cataplasmes lorsque des callosités compliquent l'ulcération, et dès que ces callosités n'existent plus, il applique sur l'ulcère des compresses imbibées d'eau froide, en ayant la précaution de renouveler les lotions aussi souvent que besoin est. Les résultats avantageux qu'il a obtenus par ce mode de traitement l'ont ainsi décidé à renoncer aux bandelettes de diachylum, qui, par les propriétés irritantes de leur composition, ou par l'effet de leur mauvaise application, ont, entre autres inconvénients, celui d'imprimer à la peau une teinte livide, en lui faisant perdre de son ressort, de sa souplesse, en déterminant quelquefois des érosions, des déchirures de son tissu, en provoquant enfin des adhérences aux tissus sousjacents ; de là de la gêne, de la roideur dans les mouvements du membre, et parfois son atrophie consécutive. Sous l'influence de l'eau froide, au contraire, l'ulcération se déterge plus vite et plus régulièrement, la peau revêt une meilleure teinte ; elle devient plus ferme, plus extensible, moins adhérente, en un mot.

M. Marjolin a employé cette méthode dans vingt-cinq cas depuis le mois de janvier ; il a fait cicatriser ainsi des ulcères assez étendus dans l'espace d'une quinzaine de jours ; et après avoir recommandé aux malades de revenir à l'hôpital si leur guérison n'était pas complète, il n'en a pas revu un seul qui se trouvât dans cette condition.

Il ajoute, à la vérité, que la cicatrisation, marchant d'abord avec une rapidité surprenante, s'arrête quelquefois et devient stationnaire, alors qu'un seul point reste ulcéré. Mais ce ré-

sultat s'observe surtout dans les cas du traitement ordinaire, c'est-à-dire par l'emploi des bandelettes.

M. Larrey, en reconnaissant l'intérêt qu'offre la communication de M. Marjolin, fait observer que le traitement des ulcères par l'eau froide n'est pas, à beaucoup près, une méthode nouvelle; et il croit se rappeler presque certainement que Lombard, ancien chirurgien militaire, qui à publié divers travaux sur les plaies par armes de guerre, avait préconisé l'emploi de l'eau froide dans la thérapeutique des ulcères.

M. Larrey ajoute qu'il a vu récemment le doyen des chirurgiens de Nantes, M. Lafon, substituer aux bandelettes de diachylum de simples bandelettes de linge qu'il fait imbiber quelquefois d'eau froide, ce mode de pansement lui ayant paru préférable à tout autre.

M. Morel-Lavallée considère deux choses dans le traitement des ulcères, quel que soit le moyen employé: c'est que, d'une part, la cicatrisation commence presque toujours assez vite, et que, d'autre part, elle s'achève lentement. Or, dans l'emploi de l'eau froide aidé du repos, quelle est l'influence de l'eau, quelle est l'influence du repos? L'eau froide, par ses propriétés toniques, peut bien être pour beaucoup dans la guérison; mais il ne faudrait peut-être pas lui accorder une efficacité trop grande ou du moins trop exclusive, comme M. Marjolin y semble disposé, parce que tout le monde sait que, dans quelques cas, l'effet seul du repos suffit, avec les pansements les plus simples, pour guérir des ulcères même profonds ou étendus. Cette question, enfin, ne saurait être définitivement jugée sans des expériences comparatives entre la méthode dont il s'agit et les autres.

M. Debout, après avoir remercié la Société de l'intérêt qu'elle a bien voulu lui témoigner pendant la maladie dont il

est à peine convalescent, présente quelques considérations sur le sujet de la discussion. Dans un voyage qu'il a fait l'an dernier en Angleterre avec M. Velpeau, il a vu dans les hôpitaux de Londres environ deux cents malades affectés d'ulcères et traités seulement par l'application d'une compresse imbibée d'eau froide. Cette méthode, qui lui a paru générale, comporte trois modes de pansement distincts, à savoir :

1° Une seule petite compresse mouillée pour les ulcères les plus superficiels;

2° Une compresse recouverte d'une autre plus grande humide aussi pour les ulcères plus étendus;

3° Une compresse soutenue à l'aide de bandelettes agglutinatives agissant alors aussi comme mode de compression.

M. Guersant rapporte que, lorsqu'il était chargé au Bureau central du service des ulcères, il avait pour habitude de prescrire d'abord aux malades de baigner leurs jambes dans l'eau de rivière, afin d'en diminuer l'odeur fétide. Il en obtenait par là un autre avantage, celui d'une détersion plus prompte et plus favorable au pansement. Il recommandait aussi aux malades de faire des lotions d'eau froide en se couchant et en leur permettant même de marcher; il en a vu guérir ainsi bon nombre.

M. Giraldès prie M. Debout de vouloir bien exposer quelques indications précises sur le traitement des ulcères dans les hôpitaux de Londres, parce qu'il est variable non-seulement selon les divers hôpitaux, mais encore selon les divers chirurgiens d'un même hôpital. Ainsi, les uns emploient les bandelettes ou la compression, les autres les émollients; ceux-ci font des pansements fréquents, ceux-là préfèrent les pansements rares. On ne saurait donc attribuer à tous une méthode uniforme à cet égard.

M. Debout répond à M. Giraldès qu'il a recueilli sur ces faits-là des notes exactes qu'il s'empressera de communiquer à la Société si elle le désire. Les hôpitaux de Saint-Barthélemy, de Saint-Thomas et de Saint-Georges sont ceux où il a

observé le traitement des ulcères, et les résultats lui en ont paru frappants, dignes d'attention.

M. Marjolin déclare qu'il n'a pas voulu présenter comme chose nouvelle le traitement des ulcères par l'eau froide, mais substituer dans la pratique ce moyen si simple à la méthode qui lui semble trop uniformément employée à Paris, et surtout trop insuffisante. Lui aussi a fait au Bureau central pendant quatre ans le service des ulcères, et il s'est assuré que la guérison était dans la plupart des cas trop lente et incomplète; il avait cependant pris les mêmes précautions que M. Guersant, mais il a reconnu que le repos seul ne suffisait pas, malgré l'opinion contraire de quelques chirurgiens, tels que Blandin, qui accordait à cette seule influence la plus grande part dans la cicatrisation, tandis que l'eau froide agit en définitive avec plus de promptitude et de sûreté.

M. Larrey ne conteste pas les avantages de la compression exercée avec les bandelettes, mais il croit devoir signaler l'influence fâcheuse de ce moyen qui tend à déterminer quelquefois des érysipèles. Il a même observé que la compression mal faite ou exercée trop fortement par les bandelettes pouvait déterminer au-dessus et au-dessous d'elles un engorgement du membre, et transformer un ulcère simple d'abord en un ulcère variqueux par récidive.

M. Michon objecte à cette observation l'effet ordinaire de la compression appliquée au traitement des varices comme au traitement des ulcères.

M. Larrey, en admettant comme M. Michon et comme tous les chirurgiens l'avantage de la compression méthodique dans les cas ordinaires, n'a voulu que signaler l'inconvénient de la compression mal faite ou appliquée trop fortement sur une surface étroite dans des cas exceptionnels.

— La séance est levée à cinq heures. H. L.

Séance du 10 *octobre* 1849.

Présidence de M. Deguise père.

Traitement des ulcères.

A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, M. Larrey revient sur ce qu'il avait dit relativement à l'emploi de l'eau froide dans le traitement des ulcères. Il a vérifié l'exactitude de la citation qu'il avait faite au sujet de Lombard, qui, en effet, dès 1785, préconisa l'eau froide pour la cure des ulcères.

« Elle a, dit ce chirurgien (1), la propriété de calmer les douleurs, de tempérer l'acrimonie des fluides et d'entretenir l'écoulement des matières. »

Lombard, comme l'indique d'ailleurs M. Richet, son neveu, dans une thèse pour l'agrégation (2), avait été devancé, en cela, par d'autres, et, pour ne citer que deux ou trois noms, Galien, le premier, employa l'eau froide contre les ulcères; et longtemps après, le même moyen fut conseillé aussi, notamment par Fallope, en 1563, et en 1742, par un célèbre chirurgien militaire prussien, par Théden. Percy, dans les mêmes cas, conseillait l'eau froide chargée de sel commun; et Lisfranc, l'eau froide chlorurée. M. Malgaigne a employé l'eau blanche, et M. Desruelles l'eau de guimauve froide; mais ce dernier, dans les ulcères syphilitiques spécialement. M. La Corbière (3), qui a bien apprécié l'influence du froid et de la compression dans le traitement des ulcères, signale aussi l'utilité des réfrigérants. M. Velpeau enfin rapporte (4)

(1) Lombard, *Opuscules de chirurgie.*

(2) Richet, *De l'emploi du froid et de la chaleur dans le traitement des affections chirurgicales.*

(3) La Corbière, *Traité du froid.*

(4) Velpeau, *Médecine opératoire.*

que les paysans de son village atteints d'ulcères exposent chaque jour leur membre malade dans un courant d'eau froide.

« Il serait possible, ajoute M. Larrey, de multiplier les citations de ce genre, mais celles-là doivent suffire. »

M. Chassaignac est porté à croire que ce qu'a dit M. Marjolin du traitement des ulcères par les bandelettes n'est pas rigoureusement exact, et qu'il ne saurait fonder une bonne appréciation de l'emploi de ce moyen sur les résultats seulement obtenus à la consultation du Bureau central.

« En effet, dit-il, outre la négligence des soins qui leur sont prescrits, les malades reçoivent d'ordinaire le sparadrap dont ils ont besoin pour se panser eux-mêmes, sans que le chirurgien de service ait le temps ou prenne la peine de le faire. »

Il faudrait, selon lui, juger comparativement les deux méthodes chez un certain nombre de malades réunis dans un même hôpital et placés dans des conditions analogues, afin de décider si l'avantage appartiendrait aux bandelettes ou à l'eau froide.

M. Chassaignac a traité dernièrement une femme dont les deux jambes se trouvaient presque dépouillées de téguments par des ulcères syphilitiques. Les bandelettes de diachylum furent appliquées avec un succès si rapide aidé du repos, qu'il n'hésite pas à considérer ce moyen comme excellent, à condition d'être bien employé. Il croit enfin utile de protéger les bandelettes par un pansement extérieur.

M. Maisonneuve veut faire observer à M. Chassaignac qu'il n'accepte pas, pour sa part, le reproche adressé par lui aux chirurgiens du Bureau central, au sujet du traitement des ulcères par les bandelettes. Il a fait, lui, ce service à peu près constamment, et avec beaucoup de soin, pendant ses quatre années d'exercice, tandis que M. Chassaignac semble avoir rarement fait ce genre de pansement. Il partage d'ailleurs son opinion sur les résultats satisfaisants que l'on est en

droit d'accorder à la méthode des bandelettes dans le traitement de la majorité des ulcères.

M. Chassaignac déclare qu'il est prêt à rétracter ce qu'il a dit de trop général, d'après des renseignements sans doute inexacts, et il s'empresse d'en donner satisfaction à M. Maisonneuve.

M. R. Marjolin ne sait pas si M. Chassaignac a bien entendu le procès-verbal, et il regrette que son honorable collègue n'ait pas assisté à la dernière séance, parce qu'il aurait mieux apprécié le sens de sa communication. Ainsi, M. Marjolin a précisément essayé l'emploi comparé des bandelettes et de l'eau froide avant de se prononcer pour une méthode qu'il croit trop oubliée; et il avait déjà reconnu, en faisant le service du Bureau central, l'insuffisance et les inconvénients des bandelettes dans bon nombre de cas. On a, selon lui, accordé jusqu'à ce jour une faveur trop grande à la méthode préconisée surtout par M. Philippe Boyer, qui ne l'a cependant pas imaginée.

M. Marjolin a entendu son père citer dans ses cours un médecin qui avait acquis une certaine réputation par l'emploi des bandelettes agglutinatives dans le traitement des ulcères. Ce médecin établissait deux classes d'ulcères : les ulcères des gens riches, développés sous l'influence de la mollesse, de l'oisiveté, de la bonne chère, et les ulcères des gens pauvres, déterminés par la misère, par la fatigue, par la mauvaise alimentation; de là des conditions hygiéniques et des indications diverses de traitement. Aux riches, il prescrivait la marche et le régime; aux pauvres, le repos et une nourriture saine.

M. Giraldès reprend la question relative au traitement usité en Angleterre, et rappelle qu'il a prié M. Debout de citer non-seulement les hôpitaux, mais les chirurgiens auxquels il faisait allusion en parlant de l'emploi de l'eau froide. Cette méthode n'est pas aussi généralement usitée à Londres que le suppose M. Debout. Ainsi, le chirurgien de l'hôpital Saint-Barthélemy, M. Skey, conteste l'avantage de la compres-

sion, et cependant il emploie des bandelettes qu'il recouvre d'un bandage roulé; mais le traitement interne est le plus essentiel, selon lui; il attribue, par exemple, à l'emploi de l'opium des modifications notables dans l'état des ulcères, et il ne juge la méthode des bandelettes comme mauvaise que parce qu'elle est généralement mal employée.

M. Giraldès ajoute que M. Critchet, chirurgien de London Hospital, préconise la compression avec les bandelettes, en donnant le conseil de commencer l'application par l'extrémité libre du membre.

M. Debout déclare qu'il n'a pas plus précisé l'hôpital Saint-Barthélemy que tout autre dans sa communication sur l'emploi de l'eau froide, mais qu'il a généralisé le fait pour les hôpitaux de Londres, sans rien dire de plus.

Correspondance.

M. Giraldès écrit à M. le président pour réclamer un mémoire présenté par lui à la Société sur l'*anatomie chirurgicale de la région mammaire.* Il demande à disposer de ce travail, qui n'a reçu aucune destination; et parce que, d'une part, le rapporteur n'a pas le temps de s'en occuper; parce que, d'autre part, la même question a été le sujet de recherches récentes à la Société de Biologie, ainsi qu'au Collége des chirurgiens de Londres. Il s'agit surtout, dans ce travail, des idées émises par lui sur les tumeurs fibreuses du sein; c'est pourquoi il désire en reprendre possession.

Une discussion s'engage à ce sujet entre plusieurs membres, les uns proposant l'application du règlement envers le rapporteur, les autres déclarant qu'il n'y a pas lieu de l'obliger à faire son rapport; la majorité, enfin, s'accorde à reconnaître comme très légitime la réclamation faite par M. Giraldès, et propose d'insérer son travail dans l'un des prochains fascicules des mémoires. En conséquence, M. le président décide qu'une lettre sera adressée à M. Nélaton, qui

devait faire ce rapport, pour l'inviter à envoyer le mémoire de M. Giraldès au comité de publication.

Rétraction des doigts consécutive à une plaie des tendons des muscles extenseurs de la main.

M. Chassaignac présente un jeune homme qui s'est blessé avec un instrument tranchant à la face dorsale de la main droite, vers le niveau de la partie supérieure du métacarpe. Les tendons des muscles extenseurs des doigts indicateur, médius et annulaire ont été divisés ; la plaie s'est cicatrisée à peu près entièrement, et l'extrémité tronquée des tendons est appréciable à travers la peau, de telle sorte que la cicatrisation isolée de leurs deux bouts les sépare tout à fait. Ce résultat fâcheux s'explique par le mauvais pansement qui a été appliqué tout d'abord en faisant fléchir la main sur l'avant-bras, au lieu de la maintenir dans l'extension. De là, par conséquent, une rétraction des doigts produite par l'action des fléchisseurs que ne contre-balance plus celle des extenseurs.

M. Chassaignac se propose de remédier à cette infirmité par une opération dont il rendra compte ultérieurement.

Plusieurs membres de la Société, en examinant le malade, émettent des opinions que le trouble occasionné par cet incident ne nous permet point d'apprécier.

Ostéo-myélite aiguë de l'humérus; désarticulation du bras.

M. Chassaignac fait une seconde communication : c'est une pièce d'anatomie pathologique relative à une altération de l'humérus, pour laquelle il a pratiqué la désarticulation du bras.

Il s'agit d'un jeune homme de dix-huit ans entré à l'hôpital Saint-Antoine pour un engorgement du coude droit, avec tuméfaction considérable et tension douloureuse, résistante sans aucun point de fluctuation superficielle. Des incisions multiples furent faites jusqu'à l'os, et produisirent un dégorgement assez sensible, en même temps qu'elles donnèren issue à une certaine quantité de pus amassé sous le périoste.

L'amélioration cependant ne fut pas durable; les accidents se reproduisirent plus tard avec assez d'intensité pour faire craindre une résorption purulente. Ainsi l'articulation du coude, douloureusement engorgée, semblait distendue par le relâchement des ligaments et envahie par le pus qui fluait tout autour d'elle. C'est dans de telles conditions que M. Chassaignac se décida à pratiquer la désarticulation du bras à l'épaule.

L'examen anatomique fit découvrir, par une section longitudinale de l'humérus, les altérations suivantes :

Le pus occupant l'articulation du coude avait pénétré dans le canal médullaire jusqu'à la tête humérale; le périoste était décollé à la face externe de l'os, qui offrait une couche de pus sur le point correspondant. Il y avait raison ainsi, selon M. Chassaignac, de désarticuler le membre. Cette amputation, faite depuis neuf jours, a eu jusqu'ici un résultat satisfaisant.

M. Morel-Lavallée se rappelle avoir rapporté dans sa thèse sur l'ostéite une observation semblable que M. Nélaton lui avait communiquée.

Calcul vésical formant obstacle à l'accouchement ; taille vaginale suivie de l'application du forceps.

M. Monod fait connaître à la Société un fait dont voici les principales circonstances. Il fut appelé il y a huit huit jours, dans la soirée du 3 octobre, à la Maternité, pendant l'absence de MM. Paul Dubois et Danyau, pour une femme âgée d'une quarantaine d'années, enceinte pour la première fois et parvenue au terme de sa grossesse. Le travail avait commencé, et la poche des eaux s'était rompue le matin; mais, malgré la fréquence des douleurs, l'accouchement n'avançait pas. La sage-femme de la maison, en pratiquant le toucher, avait reconnu d'abord l'existence d'une tumeur dure, saillante, dans le vagin, et en explorant la vessie avec une sonde, malgré une déviation de l'urètre, elle avait constaté ensuite que cette

tumeur était formée par uu calcul assez volumineux, déprimant la paroi antérieure du vagin et mettant obstacle à l'accouchement.

M. Monod, prévenu qu'il s'agissait d'un calcul, s'était muni d'instruments dont il n'eut pas à faire usage, et procéda simplement à l'opération de la manière suivante. Il porta le doigt indicateur de la main gauche dans le vagin, au-dessous de la tumeur, et faisant de la main droite glisser un bistouri sur ce doigt, il fit sur la tumeur une incision directe qui donna lieu à une hémorrhagie veineuse assez abondante, mais sans gravité. Les tenettes trop volumineuses ne purent saisir le calcul mis à découvert, mais M. Monod parvint à l'extraire avec les doigts. Cette pièce, pesant 86 grammes, est assez volumineuse, et représente la forme d'une boule déprimée, rugueuse à sa surface, et très dure de consistance.

Immédiatement après cette opération le forceps fut appliqué par Mme Charrier au détroit supérieur, où la tête se trouvait encore ; mais un malheureux accident, la pression exercée par le forceps sur le cordon qui formait une anse autour du cou de l'enfant, contribua peut-être à déterminer sa mort.

Il n'est point survenu d'accidents chez la femme, dont la sensibilité avait été paralysée par l'emploi du chloroforme, et qui semble devoir guérir sans fistule. En effet, dès le lendemain de l'opération, l'urine a repris son cours par l'urètre, et aujourd'hui il ne s'en écoule plus par le vagin.

M. Danyau, qui a repris le service, pourra rendre compte à la Société du résultat définitif de cette opération.

M. Chassaignac, en reconnaissant combien ce fait est remarquable, approuve M. Monod d'avoir suivi un parti sage plutôt que d'avoir tenté une opératiou plus régulière. Mais il demande ce qui serait arrivé si on n'avait pas pu agir ainsi. Des tumeurs analogues en agissant de même, des exostoses, par exemple, ont déterminé quelquefois la rupture de l'utérus; ou bien, dans la supposition du cas actuel, la vessie aurait pu se déchirer en livrant passage au corps étranger poussé lui-

même au dehors par la tête du fœtus. C'est, du reste, une conjecture seulement.

Quant à la sortie de l'urine par l'urètre dès le lendemain de l'opération, c'est là une circonstance curieuse dont on doit sans doute attribuer la cause au gonflement des bords de la plaie.

M. Morel-Lavallée ne pense pas qu'il soit nécessaire de revenir à l'explication donnée par M. Chassaignac pour se rendre compte du résultat, et il fait observer que la position déclive du corps de la femme a pu, ainsi que le gonflement des parties divisées, empêcher l'urine de sortir par la plaie; car les femmes qui ont des fistules vésico-vaginales et qui dans la station debout rendent l'urine par le vagin la conservent, au contraire, dans la vessie, et peuvent s'en débarrasser par l'urètre dès qu'elles sont couchées.

M. Morel se souvient qu'en faisant une dissection à l'Ecole pratique, il rencontra sur le cadavre d'une vieille femme une double tumeur assez volumineuse saillante entre les cuisses : c'était, d'une part, l'utérus déformé, et, d'autre part, une cystocèle contenant plusieurs calculs. Il donna cette pièce à M. Breschet, qui a dû la déposer dans le Musée Dupuytren.

M. Larrey rapproche de ces deux cas un fait qu'il a vu récemment dans le Musée anatomique de l'hôpital d'Angers : c'est une pièce d'un volume considérable, dont la forme s'était presque moulée sur la vessie et dont l'existence fut méconnue pendant la vie de la femme, qui l'avait portée sans doute fort longtemps, car elle était avancée en âge. M. Larrey cite ce fait pour savoir de M. Monod si chez la malade opérée par lui on avait reconnu la présence de la pierre avant la grossesse.

M. Monod, reconnaissant qu'il avait omis de parler de cette circonstance, répond que la femme était malade depuis une quinzaine d'années, mais sans avoir ni supposé quelle pouvait être la nature de son mal, ni consulté de médecin à cet égard, parce que ses douleurs, étant tolérables, lui avaient

permis de continuer ses travaux de jardinière jusqu'à la veille même de son accouchement.

M. Monod ajoute que ce qui a préservé cette femme de rendre de l'urine par la plaie, c'est l'étroitesse de l'incision, dont les bords plus ou moins contus par la pression des doigts et par le passage de l'urine se sont tuméfiés au point de se rapprocher et d'empêcher ainsi par leur contact l'écoulement de l'urine.

M. Huguier fait ressortir tout ce que ce cas offre de curieux; et il exprime le désir que, si la guérison s'opère sans fistule, un dessin exact en soit fait et l'observation publiée.

Calculs du périnée.

M. Michon présente plusieurs calculs urinaires d'assez petit volume, de forme régulière, à facettes, de consistance dure, et qu'il a extraits du périnée chez un homme opéré de la taille latéralisée par Lisfranc il y a une quinzaine d'années. Le malade, depuis cette époque, a souvent souffert de cette région; des abcès s'y sont formés; ils se sont ouverts, et ont donné issue à des calculs. Le malade en avait extrait un lui-même, et fut admis enfin dans le service de M. Michon, qui constata la présence de nouvelles concrétions calculeuses contenues dans une poche accidentelle, à laquelle aboutissait un trajet fistuleux. Une incision faite sur les parois de ce foyer en mit l'intérieur à découvert, ainsi que les calculs dont il s'agit.

« Il y a, dit M. Michon, des exemples analogues à celui-là sans doute, mais il reste à déterminer si la fistule pourra être cicatrisée. »

L'heure avancée ne permet pas d'insister sur cette communication.

— La séance est levée à cinq heures et demie. H. L.

Séance du 17 *octobre* 1849.

Présidence de M. Deguise père.

Lithotomie vaginale.

M. Danyau, à l'occasion du procès-verbal, donne des nouvelles de la malade opérée de la pierre par M. Monod, et accouchée en même temps à la Maternité. Cette femme continue d'aller très bien, quoiqu'elle ait été souffrante de douleurs gastro-intestinales, indisposition qui n'a offert, du reste, aucune gravité. Quant à l'état local ou essentiel de la maladie, il est fort satisfaisant; l'urine s'écoule par l'urètre seulement, sans laisser suinter la moindre goutte par l'incision vaginale, qui semble entièrement cicatrisée. M. Danyau s'en est assuré le matin même par le toucher, en reconnaissant que la cicatrice était complète et linéaire.

M. Huguier, en raison de l'importance et de l'intérêt que l'on doit accorder à ce fait, reproduit sous forme de proposition le désir exprimé par lui dans la dernière séance ; à savoir, que l'observation de M. Monod soit publiée avec un dessin de la pierre dans le prochain volume des Mémoires de la Société.

M. le président met aux voix cette proposition, qui est adoptée.

M. Debout offre à la Société de lui donner la planche du dessin qu'il fait faire pour lui-même, et son offre est acceptée.

M. Lenoir demande que l'observation de M. Monod soit rapportée très complétement, et il signale neuf cas analogues réunis par M. Puchelt dans une thèse soutenue à Heidelberg (1). Sur ces neuf cas de calculs vésicaux compliquant la grossesse ou mettant obstacle à l'accouchement, deux fois

(1) Puchelt, *De tumoribus in pelvi partum impedientibus.*

seulement la lithotomie vaginale fut pratiquée, et deux fois la guérison eut lieu.

Tumeur blanche du genou. Amputation de la cuisse. Examen anatomique de l'articulation.

M. Chassaignac annonce qu'il a pratiqué, il y a deux jours, une amputation de cuisse chez une jeune fille pour une tumeur blanche du genou, et il expose le fait à peu près ainsi :

Cette malade, âgée de vingt ans, affectée depuis longtemps d'un engorgement du genou, avait été traitée différentes fois dans plusieurs hôpitaux. La résolution de l'engorgement avait paru s'effectuer, mais ce résultat ne fut que temporaire, et depuis quatre mois des accidents sérieux, des douleurs vives dans les mouvements de l'articulation, un gonflement plus notable, s'étaient déclarés. Depuis cette époque aussi, la malade se trouvait à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Chassaignac, qui, pour éviter l'amputation et afin d'assurer l'immobilité du membre, le fit placer dans une gouttière. Mais dès lors les douleurs se renouvelèrent avec intensité, et l'amputation différée devint nécessaire; elle fut demandée même par la malade avec instance. M. Chassaignac se décida à la pratiquer, et l'opération, faite à lambeaux, ne présenta rien de notable.

L'examen anatomique de l'articulation ne fit point reconnaître de gonflement dans les extrémités osseuses, mais démontra une destruction des cartilages articulaires, avec érosion des surfaces osseuses, du fémur, du tibia et de la rotule, ainsi qu'une subluxation du tibia en dehors, dépendant de cette usure. La section du fémur semblait offrir un ramollissement du tissu osseux dans le point où avait porté la scie, et ç'eût été une circonstance bien fâcheuse, mais cette lésion n'était qu'apparente ; car les parois du cylindre osseux étaient intactes. Enfin, il n'y avait aucune trace d'épanchement ou d'infiltration de pus dans le genou, et M. Chassaignac ajoute qu'ayant vu beaucoup d'articulations malades, il a toujours

rencontré de la suppuration, tandis qu'ici, et pour la première fois, il n'en a point trouvé.

M. Morel-Lavallée indique qu'il a parlé de faits analogues d'après Brodie (1), et il rappelle que Sanson (2) a décrit sous le nom de carie sèche une altération superficielle des extrémités articulaires, notamment dans la coxalgie comparable à celle qui vient d'être décrite.

M. Giraldès, en examinant cette pièce pathologique, fait remarquer que le cylindre osseux semble avoir pénétré dans la substance spongieuse, comme cela s'observe quelquefois dans les fractures de l'extrémité inférieure du radius ; et cette disposition lui paraît être le résultat d'une lésion traumatique. Il demande dans quel état se trouvait la membrane synoviale.

M. Chassaignac répond qu'elle était saine, et cette circonstance ajoute, selon lui, de l'intérêt à ce fait rare d'une telle maladie articulaire, sans aucune trace de pus.

M. Huguier pense, comme M. Giraldès, qu'un accident mécanique a pu déterminer cette lésion, à en juger d'après l'examen de la pièce anatomique, et d'après l'analogie qu'elle offre aussi avec les fractures du fémur par pénétration.

M. Monod considère deux faits à signaler ici : 1° le fait probable de la lésion mécanique ; 2° le fait démontré de l'érosion du tissu osseux sans suppuration, et il croit que ce second fait ne doit pas être considéré comme rare. Il a vu, pour son compte, deux cas analogues. Ainsi, dernièrement, il s'est trouvé dans la nécessité d'amputer la cuisse à un confrère pour une lésion articulaire du genou offrant quelque similitude avec celle-là ; et chez un autre malade, il a rencontré une altération semblable sur l'extrémité scapulaire de l'humérus avec résorption cartilagineuse et sans suppuration.

M. Larrey, appréciant à un autre point de vue l'influence des causes mécaniques sur certaines altérations des os, pense

(1) Brodie, *Traité des maladies des articulations.*

(2) Sanson, *Thèse sur la carie et la nécrose.*

que l'on pourrait comparer cette usure des surfaces articulaires ainsi dépouillées de leurs cartilages avec l'érosion des os dénudés de leur périoste par le contact dur ou prolongé de certaines tumeurs.

M. Morel croit également que le mécanisme de la lésion osseuse dont il s'agit mérite d'être recherché, et il prie M. Chassaignac d'interroger avec soin sa malade, afin d'apprendre d'elle si elle n'aurait pas été atteinte antérieurement de quelque violence extérieure.

M. Debout a connaissance d'un ouvrage publié en Angleterre par Smith (1), dans lequel on trouverait sans doute beaucoup de faits analogues à celui-là. Smith les désigne sous le nom d'arthralgie rhumatismale.

M. Guersant demande si la malade éprouvait des douleurs, et en apprenant qu'en effet les plus légers mouvements faisaient pousser des cris à cette jeune fille, il compare aussi ce fait à deux autres de sa pratique : c'était, dans l'un et l'autre cas, une tumeur blanche du genou chez des enfants, auxquels il dut amputer la cuisse, moins à cause des lésions apparentes que des douleurs atroces éprouvées par les deux malades.

M. Maisonneuve dit que cette lésion n'est pas très rare, qu'elle est bien connue, surtout depuis les travaux de Brodie, qui l'a décrite sous le nom d'usure ou d'érosion des cartilages.

M. R. Marjolin attache de l'importance à une appréciation exacte des antécédents de la malade amputée par M. Chassaignac; et il se demande si cette jeune fille, depuis longtemps atteinte de cette affection du genou, n'était point parvenue à la période de guérison lorsqu'elle a été opérée. On voit dans les hôpitaux des cas analogues par le fait, variés par la forme, et des résultats quelquefois favorables : ainsi des redressements de membres déviés, tels qu'il en a vu un exemple remarquable chez un petit garçon dont les deux talons s'é-

---

(1) W. Smith, *Traité des fractures au voisinage des articulations*, etc.

taient graduellement portés vers les fesses et qui furent redressés ensuite.

M. Chassaignac trouve judicieuse la remarque faite par M. Marjolin, et cette remarque lui rappelle une circonstance qu'il a notée chez sa malade : c'est que la gouttière pour redresser le membre ayant été placée sans effort, les douleurs ont angmenté, et lorsque la gouttière a été enlevée, les douleurs n'en ont pas moins persisté.

M. Larrey, en écoutant la citation faite par M. Maisonneuve snr l'usure ou l'érosion des cartilages, rappelle que l'opinion de Brodie diffère à cet égard essentiellement de celle de la plupart des chirurgiens et des anatomo-pathologistes. Pour eux en effet, pour M. Cruveilhier notamment, l'usure ou l'érosion des cartilages représente l'altération décrite par le célèbre chirurgien anglais sous le nom d'ulcération des cartilages, et cette ulcération ne saurait être admise aujourd'hui comme formant une lésion spéciale, ni comme exprimant une idée exacte.

M. Giraldès appnie cette réflexion critique, et conteste absolument la validité de l'opinion soutenue par Brodie. Aston-Key (1) l'a réfutée aussi d'une manière démonstrative. Quant aux pièces anatomiques, M. Giraldès les a vues à l'hôpital Saint-Georges; et c'est précisément d'après ces pièces qu'il n'est plus possible d'admettre l'opinion de Brodie. Ces prétendues ulcérations des cartilages n'ont lieu que lorsque la membrane synoviale est malade, et c'est là ce que M. Aston-Key a prouvé de la manière la plus évidente.

M. Morel ajoute à ce qui vient d'être dit que les altérations des cartilages ont été en effet mal appréciées par Brodie, et qu'elles succèdent le plus souvent à des altérations plus profondes, à des maladies des os articulaires.

M. Maisonneuve demande l'ajournement de cette discussion

---

(1) Aston-Key, *On ulceration of joints.* (Mémoire inséré dans les *Transactions médico-chirurgicales.*)

sur l'état des cartilages, parce qu'il la considère comme étrangère au sujet.

M. Giraldès soutient, au contraire, l'à-propos de la question, qui, pour lui, est précisément en rapport avec le fait présenté à la Société ; mais il a dit ce qu'il voulait dire quant à présent.

Ablation d'un polype fibreux du pharynx par la résection de l'os maxillaire supérieur.

M. Robert communique le fait suivant : « Tous les chirurgiens, dit-il d'abord, savent combien il est difficile d'extraire les polypes du pharynx, lorsque ces polypes envoient des embranchements dans les cavités olfactives. On ne peut reconnaître alors les points d'implantation du pédicule, et on opère presque au hasard et sans règle fixe. Si on lit les anciens auteurs, les observations de Ledran, par exemple, et celles rapportées par Levret, on assiste pour ainsi dire à des mutilations hideuses. »

M. Robert a vu Dupuytren faire de ces sortes d'opérations, et il en a conservé l'impression la plus triste. On s'efforçait alors de faire de nombreuses incisions pour fendre le nez, les lèvres, les joues, afin de mettre toutes les ramifications du polype à découvert, et le succès même n'était obtenu qu'au prix d'une grande difformité.

Il y a quelques années, M. Flaubert fils eut à opérer un malade qui avait déjà été opéré par son père, M. Flaubert (de Rouen). Il s'agissait d'un polype fibreux du pharynx, récidivé avec un développement considérable, et complication d'embranchements dans les cavités voisines. M. A. Flaubert, pour éviter une opération trop difficile, crut préférable d'enlever l'os maxillaire supérieur, afin de séparer sûrement le pédicule du polype. Le succès répondit à son attente ; mais cette opération fut assez mal accueillie alors par les chirurgiens, et critiquée dans les journaux de médecine.

Il y a un an ou un peu plus, M. Michau (de Louvain) eut

affaire à un cas semblable ; il procéda aussi à l'ablation du maxillaire supérieur, et communiqua le très heureux résultat de son opération à l'Académie de médecine de Belgique.

M. Robert enfin annonce que récemment le même cas s'est présenté à lui, et qu'il n'a pas hésité à agir de même. La résection, facile en principe, a été simplifiée depuis l'emploi de la scie à chaînette, de même que l'incision des parties molles a été simplifiée en une seule incision, presque toujours suffisante.

M. Robert signale l'innocuité remarquable de cette opération malgré les parties enlevées, et il ajoute que dans sept ou huit cas de sa pratique il n'a perdu aucun malade. Voici le fait dont il veut parler aujourd'hui.

C'est un jeune homme de dix-neuf ans chez lequel un polype s'était développé dans la narine gauche depuis plusieurs années, et avait repullulé après avoir été enlevé à diverses reprises. L'accroissement de la tumeur la rendit sensible dans plusieurs points ; le voile du palais fut refoulé par elle ; la joue gauche devint saillante par sa présence, et elle parut appréciable jusque vers le larynx. M. Huguier examina cette tumeur avec M. Robert, et tous deux reconnurent un polype fibreux semblant implanté dans les hauteurs du pharynx, et inaccessible ainsi aux procédés opératoires anciens.

M. Robert, s'étant donc décidé à pratiquer l'ablation de l'os maxillaire supérieur, a fait cette opération samedi dernier sans vouloir se servir du chloroforme, à cause de la position assise nécessaire pour le malade et de la prolongation présumée de l'opération.

Une seule incision fut faite aux parties molles, commençant à la commissure des lèvres et aboutissant à l'os de la pommette. La tumeur, mise à découvert, fut disséquée et reconnue de nature fibreuse; elle avait une racine sous la fosse zygomatique. L'apophyse malaire et l'apophyse montante de l'os maxillaire, ayant été divisées par la scie, permirent de détacher la masse polypeuse, dont la portion inférieure fut énu-

cléée avec facilité, comme un corps fibreux. Son implantation sur la face supérieure du pharynx vers la colonne vertébrale, par un pédicule assez adhérent, fut détaché avec les ongles. L'artère maxillaire interne fut cautérisée, ainsi que le point d'implantation du polype aux vertèbres.

M. Robert présente ce polype fibreux dans son entier, offrant des embranchements multiples qui s'étendaient dans la fosse zygomatique, dans les fosses nasales, et dont la portion la plus longue parvenait jusqu'au niveau du larynx. La dissection d'une pareille tumeur eût été impossible sans les plus grands dangers.

M. Robert convient cependant que l'opération a été affreusement douloureuse et a duré plus d'une demi-heure. Le pansement n'a été fait que cinq heures après l'opération, et la plaie a été réunie à l'aide de six points de suture. De la glace a été appliquée sur la tête et maintenue dans une vessie en caoutchouc vulcanisé (de M. Gariel).

L'état du malade après l'opération fut assez grave; mais le pouls, élevé d'abord, s'abaissa ensuite, les points de suture ont été enlevés au cinquième jour, aucun accident n'est survenu depuis, et la guérison est très probable.

M. Marjolin propose de faire faire un dessin de ce cas intéressant, et d'en publier l'observation dans les Mémoires de la Société.

Cette proposition est adoptée, et M. Robert, qui a fait commencer le dessin, s'empressera d'y joindre l'observation détaillée.

M. Lenoir demande des renseignements exacts sur l'implantation du polype, car il ne s'explique pas comment il pouvait prendre naissance de la colonne vertébrale sans refouler en avant la paroi postérieure du pharynx.

M. Robert répond qu'il s'est fait la même objection; il croit que le pédicule était un peu sur le côté, en admettant d'ailleurs qu'il y avait usure, destruction des tissus autant que refoulement.

M. Lenoir insiste sur son objection, et déclare que cette implantation d'un polype à la colonne vertébrale est sans exemple à lui connu.

M. Robert réplique que M. Gerdy a cité un cas de ce genre, et il ne saurait d'ailleurs en donner d'autre explication.

Tumeur variqueuse artérielle de la surface du crâne. Ligatures successives des artères carotide externe, primitive et interne. Hémorrhagies consécutives. Accidents cérébraux. Mort. Autopsie.

M. Maisonneuve présente une pièce anatomique relative à une tumeur variqueuse artérielle ou varice artérielle distincte de la tumeur érectile proprement dite. Cette tumeur s'est développée chez une femme de trente et quelques années, d'une bonne constitution, qui en a reconnu l'existence il y a environ deux mois. Cette tumeur siégeait au côté gauche de la tête dans la région temporale : elle fit de rapides progrès en déterminant de vives douleurs, et laissait craindre l'envahissement du côté droit de la tête.

En conséquence, M. Maisonneuve, qui avait reçu la malade à l'hôpital Cochin, rechercha quelle opération il aurait à faire, et se décida pour une ligature d'artère. Mais, en réfléchissant aux insuccès des ligatures de la carotide primitive pratiquées pour des tumeurs semblables, il dut renoncer à cette opération, qui avait échoué presque toutes les fois pour des tumeurs extérieures du crâne. Quelle autre méthode pouvait être tentée ? M. P. Bérard avait proposé de lier d'abord la carotide primitive et ensuite la carotide interne; mais sa proposition n'a pas été appliquée en fait et aucune observation ne l'a suivie. « Une autre opération qui a été conseillée aussi, ajoute M. Maisonneuve, la ligature de la carotide externe, n'a, que je sache, jamais été pratiquée, sauf dans des lésions traumatiques. » Cette ligature, proposée par M. Velpeau, est celle que M. Maisonneuve s'est décidé à employer. L'opération, prompte et simple, fut exécutée à cinq ou six lignes de l'origine de

cette artère; la thyroïdienne supérieure fut liée aussi pour plus de sûreté en même temps que la carotide externe. Immédiatement après, la tumeur cessa de battre et diminua ensuite, et la malade alla bien. L'opération fut sans accidents pendant seize jours : alors, le fil de la ligature tomba, la suppuration devint plus abondante; quatre jours encore se passèrent assez bien; mais, au cinquième jour, une hémorrhagie survint par la plaie, hémorrhagie à la vérité peu considérable. Pour l'arrêter, on se contenta de la compression, qui suffit pendant deux jours; mais, l'hémorrhagie consécutive s'étant renouvelée deux fois, M. Maisonneuve fendit la cicatrice, mit à découvert le tronc carotidien primitif, et en fit la ligature avec assez de difficultés. Malgré cette nouvelle ligature, la persistance de l'hémorrhagie le décida encore à mettre à nu la carotide interne pour la lier aussi; mais il n'y parvint qu'avec peine, et, ne pouvant faire qu'une dissection incomplète, il appliqua seulement à l'artère une ligature médiate. Il avait évité de comprendre dans l'anse de fil le nerf pneumogastrique; mais, à son insu, il serra le nerf grand sympathique. Aussitôt après, la malade fut frappée d'une hémiplégie faciale gauche, qui augmenta rapidement, fut complète le lendemain en s'étendant au côté correspondant du corps, et au troisième jour elle était morte.

L'autopsie fut faite vingt-trois heures après, et démontra les altérations suivantes :

Tout le lobe droit du cerveau se trouvait sphacélé. La ligature faite au niveau de la carotide externe ne laissait plus de trace de sa bifurcation; la ligature de la carotide interne comprenait un rameau du grand sympathique, et la ligature du tronc carotidien avait aussi serré le même nerf.

Quant à la tumeur, elle était formée par un amas de petites artères entrelacées, dilatées, augmentant plus ou moins de volume et constituant une sorte de varice artérielle avec des renflements vasculaires rapprochés les uns des autres. « C'est, dit M. Maisonneuve, un fait remarquable d'artério-

stasie des artères temporales, » et il ne connaît pas d'exemple de l'opération faite par lui pour la première fois. Il ajoute que son résultat funeste prouve encore la gravité de la ligature de la carotide primitive. Sur cent vingt et quelques observations de cette ligature, il a trouvé dans les auteurs vingt et quelques cas de mort par suite d'hémiplégie et de ramollissement cérébral, survenus, selon lui, par gangrène du cerveau.

M. Robert, en raison de ce fait important et de l'heure avancée, propose d'ajourner la discussion à la séance prochaine. Cette proposition est adoptée.

Instrument pour l'opération de la circoncision.

M. Larrey présente un instrument imaginé par un jeune chirurgien militaire, M. Chauvin, pour rendre l'opération de la circoncision plus facile et plus régulière. Cet instrument, confectionné d'abord en cire par son auteur, et reproduit en acier par M. Charrière, se compose de quatre branches susceptibles de se rapprocher pour pénétrer dans l'ouverture rétrécie du prépuce, et de s'écarter ensuite pour le distendre. Ces branches sont terminées chacune par un petit crochet qui fixe la membrane et la peau du prépuce sur le même niveau. Une petite tige en bois, terminée par une rondelle métallique, glisse entre les branches écartées et refoule le gland; le prépuce se trouve ainsi régulièrement distendu, et des ciseaux forts, en l'excisant d'un seul trait, coupent en même temps la tige de bois (qu'il est facile de remplacer pour une autre opération).

M. Larrey, en faisant cette communication, reconnaît que l'ingénieux instrument de M. Chauvin est sans doute un peu compliqué pour une opération simple, et qu'il ne serait pas absolument applicable à certains cas particuliers de phimosis; mais l'essai qu'il en a fait lui-même sur le vivant dans un cas ordinaire lui a démontré que ce moyen d'opérer assure

le résultat le plus satisfaisant et la cicatrisation la plus régulière.

— La séance est levée à cinq heures et demie. H. L.

Séance du 24 octobre 1849.

Présidence de M. Deguise père.

Tumeur sanguine (varice artérielle) du crâne. Ligature des artères carotides, etc.

La communication faite par M. Maisonneuve dans la dernière séance devait être le sujet d'une discussion dans la séance d'aujourd'hui. Mais une difficulté s'élève à cet égard, à cause de l'absence motivée de M. Maisonneuve. Quelques membres, d'après cette raison, proposent l'ajournement de la discussion; d'autres, au contraire, demandent qu'elle ait lieu quand même. On fait valoir enfin le motif scientifique qui réserve à l'auteur de l'observation le droit incontestable d'entendre les objections pour y répondre, et on propose l'ajournement de la discussion, ainsi que sa mise à l'ordre du jour dès que M. Maisonneuve sera présent.

Cette proposition, mise aux voix, est adoptée.

M. le secrétaire remet au comité de publication le Mémoire de M. Giraldès, que M. Nélaton lui a renvoyé, sur l'*Anatomie chirurgicale de la glande mammaire.*

Grenouillette.

M. le docteur A. Forget adresse une lettre de candidature à la Société de chirurgie, et une note de ses titres scientifiques. Il lit ensuite un travail intitulé :

Mémoire sur l'origine, la nature et le siége de la grenouillette. Traitement de cette maladie par le procédé stomatoplastique de M. Jobert, modifié. Observations qui en démontrent l'efficacité.

Une commission, composée de MM. Michon, Cullerier et Danyau, examinera ce travail et en rendra compte à la Société.

Contagion médiate de la syphilis.

M. Cullerier lit un mémoire auquel il donne pour titre : *Note sur quelques points de la contagion médiate de la syphilis.* Voici l'analyse succincte de ce travail, telle que l'auteur a bien voulu nous la donner pour le procès-verbal.

M. Cullerier a examiné la possibilité de la contagion médiate de la syphilis, soit par l'intermédiaire du vagin, soit au moyen de corps inertes. De là deux questions.

Pour la première, après avoir rappelé l'opinion d'un certain nombre de syphiligraphes anciens et modernes, M. Cullerier fait connaître deux observations dans lesquelles des femmes qui n'avaient aucune sécrétion virulente dans les parties génitales, mais qui étaient affectées d'ulcérations chancreuses dans les aines, ont pu garder dans le vagin, l'une pendant plus d'une demi-heure, l'autre pendant une heure entière du pus virulent provenant de ces ulcérations, lequel pus, repris ensuite et inoculé à la lancette sur les mêmes malades, a produit la pustule caractéristique, sans qu'il ait déterminé la moindre altération sur la muqueuse vaginale ou sur le col utérin.

Pour la seconde question, M. Cullerier a rappelé que M. Ricord a obtenu des résultats d'inoculation positive avec du pus virulent conservé entre deux verres, comme on conserve le vaccin, et il a rapporté un cas dans lequel du pus chancreux laissé pendant quarante-huit heures au contact de l'air n'avait pas perdu sa virulence.

M. Cullerier a tiré de ces expériences quelques conséquences sur l'étiologie et sur la prophylaxie de la vérole, ainsi que sur la suspicion dans laquelle on doit tenir bon nombre d'observations données comme preuves de la contagion de la syphilis constitutionnelle.

M. Huguier demande à M. Cullerier si, avant de transporter le virus d'un point à un autre, il avait fait une inoculation préalable.

M. Cullerier répond que c'est la première chose qu'il ait faite.

M. Huguier partage l'opinion de son collègue ; « mais ne pourrait-on expliquer, dit-il, l'effet de l'inoculation, en se demandant si le malade n'était pas sous l'influence du virus ?»

M. Cullerier fait observer que, la première inoculation ayant été insuffisante, la seconde est concluante.

M. Huguier, en reconnaissant l'intérêt qu'offrent ces expériences, pense que deux faits ne sauraient suffire à la démonstration, et il en voudrait d'autres encore.

M. Cullerier s'est contenté de ces deux cas-là, par crainte de déterminer un chancre dans la profondeur du vagin.

M. Huguier considère cette crainte comme exagérée ; les chancres du vagin peuvent toujours, selon lui, être arrêtés, et il pense que M. Cullerier y réussit certainement de même.

Quant aux faits d'iuoculation médiate, il a vu des cas analogues dont l'immoralité serait difficile à raconter dans tout autre langage que dans celui de la science. Il voudrait même qu'il n'en fût pas question au procès-verbal.

Mais quelques membres, et notamment M. Vidal, réclament la communication de ces faits comme pouvant offrir un intérêt pratique.

M. Huguier rappelle que les ulcères sypbilitiques, chez l'un et l'autre sexe, se développent souvent sur des parties mises en contact anormal avec les organes malades. Il a donné des soins à la femme de chambre d'une dame créole qui avait communiqué à cette fille un ulcère lingual par contact vulvaire, et il a rencontré d'autres cas de contamination semblable. Il a vu une femme dont la région vulvo-périnéale était couverte de tubercules muqueux, et qui transmit cette affection à sa petite fille par l'intermédiaire d'une éponge de toilette.

C'est particulièrement chez la femme que les affections de ce genre se rencontrent à la bouche, au sein, à l'aisselle, à l'ombilic, à l'aine, à l'anus, lorsque des rapports contre na-

ture en sont la cause directe ; et les exemples de cette dépravation humaine ne sont que trop nombreux. C'est, d'autres fois, par le contact d'un doigt ou même d'un orteil excorié avec les organes sexuels affectés de chancres que se transmet directement l'affection syphilitique. M. Huguier a vu huit ou dix femmes ayant aux doigts des ulcères vénériens qui résultaient de pareils attouchements. Il en a observé un exemple singulier comme acte de libertinage chez un homme qui, par nn contact du gros orteil du pied droit avec les organes malades d'une femme infectée, contracta sur cet orteil un chancre suivi d'inflammation des ganglions inguinaux. Dans ce cas-là, il avait suffi du contact de la matière virulente, sans excoriation de la peau, pour produire l'ulcère caractéristique.

Les syphiliographes rapportent des faits analogues.

M. Huguier raconte encore deux ou trois exemples de transmission anormale du virus vénérien.

M. Larrey cite celui d'un petit garçon de cinq ou six ans, auquel il a donné des soins pour une blennorrhagie urétrale à l'hôpital des Cliniques (lorsqu'il y suppléait M. le professeur J. Cloquet). Or, cet enfant avait été soumis à un contact impur par l'une de ses parentes.

Mais M. le secrétaire ne croit ni convenable ni utile de reproduire dans le procès-verbal les détails indicibles ou les circonstances honteuses qui se rapportent aux différents faits de cette nature, et qui du reste s'écartent aussi de la question première, ou de la contagion médiate.

M. Gosselin propose de renvoyer le travail de M. Cullerier au comité de publication pour le réserver aux mémoires de la Société.

Cette proposition est adoptée.

Serres-fines pour la réunion des petites plaies

M. Vidal (de Cassis) présente à la fin de la séance un nouveau modèle des petites pinces-érignes qu'il appelle *serres-*

fines. Celles-ci, façonnées par M. Luër, sont très délicates et faciles à manier. M. Vidal, qui n'en avait fait l'application qu'à l'opération du phimosis par circoncision, en a étendu l'emploi à d'autres cas. C'est ainsi qu'à l'aide de ce moyen il a pu réunir la peau divisée pour l'ablation d'une tumeur érectile de la tempe. Il en recommande l'essai à ses collègues.

M. Larrey rappelle à M. Vidal qu'il a essayé aussi ses pinces-érignes pour réunir une plaie contuse de la lèvre inférieure et une plaie par incision d'un kyste du cou ; mais il pense que ce moyen adhésif est seulement applicable, par sa ténuité même, à des solutions de continuité assez étroites et peu profondes.

— La séance est levée à cinq heures un quart. H. L.

Séance du 31 *octobre* 1849.

Présidence de M. Deguise père.

Varices artérielles du crâne.

M. Maisonneuve, absent à la dernière séance et obligé de se retirer avant la fin de celle-ci, demande à faire un résumé complémentaire de l'observation qu'il a communiquée avant que la discussion ne fût ouverte à ce sujet.

M. le secrétaire ne croit pas devoir reproduire tous les détails de ce résumé, qui figurent déjà dans le premier compte-rendu; il indiquera seulement les principales circonstances exposées ou omises précédemment par M. Maisonneuve.

Il s'agissait dans ce cas d'une jeune femme frappée d'un coup à la tête dans la région temporale droite; une petite tumeur avait apparu quinze jours après, petite d'abord, plus volumineuse ensuite, pulsatile, anévrismatique enfin. Sa nature, douteuse cependant, laissait de l'incertitude sur le parti qu'il convenait de prendre. Une compression temporaire fut sans effet; mais le développement rapide de la tumeur et l'in-

tensité des douleurs décidèrent M. Maisonneuve à agir comme il l'a fait, c'est-à-dire à lier successivement les artères carotide externe, carotide primitive et carotide interne, à cause aussi des hémorrhagies qui se renouvelèrent à plusieurs reprises. D'assez grandes difficultés se présentèrent pour lier la carotide interne, et, tandis que M. Maisonneuve était plus préoccupé de son opération que de l'état de la malade, il ne s'aperçut pas d'abord qu'elle venait d'être atteinte d'hémiplégie faciale du côté gauche. Son interne lui fit observer que cette paralysie s'était manifestée immédiatement après la ligature de la carotide primitive (et non après la ligature de la carotide interne, comme l'opérateur l'avait donné à entendre lui-même dans sa première exposition). L'hémiplégie, ainsi incomplète tout d'abord, était complète le lendemain et se terminait par la mort.

A l'autopsie, on trouva un ramollissement ou plutôt une gangrène du cerveau dans la portion antérieure de son hémisphère droit; la substance grise surtout était dans un état de déliquescence que M. Maisonneuve considéra comme une gangrène résultant des ligatures qu'il avait faites. Quant à la tumeur, il n'ajoute rien à l'indication qu'il en a déjà donnée.

M. Robert considère ce fait comme très important au point de vue d'établir les limites de l'art dans les cas de ce genre. Selon lui, M. Maisonneuve est dans l'erreur avec les chirurgiens qui déclarent nuls les résultats de la ligature de la carotide primitive pour la curabilité de ces varices artérielles. Dupuytren, en 1819, avait lié la carotide primitive pour une tumeur analogue à celle dont il s'agit; la guérison fut annoncée, publiée même comme définitive; mais, en 1825, M. Robert eut occasion de revoir le malade, et il constata l'existence ou la reproduction de la tumeur érectile derrière le pavillon de l'oreille. Dupuytren, avant d'opérer, avait tenté d'autres moyens, mais inutilement; la tumeur était aussi le siége de douleurs vives; elle faisait aussi des progrès rapides; elle avait donné lieu aussi à des hémorrhagies successives; la

vie, enfin, du malade était menacée. La ligature de la carotide, sans amener la guérison, avait rendu au moins la maladie stationnaire. M. Michon doit se rappeler avoir vu le sujet de cette observation. M. Robert l'a enfin rencontré récemment encore (cet homme est portier d'une maison de la rue Saint-Lazare) ; sa tumeur a fait peu de progrès; trois petites hémorrhagies seulement sont survenues depuis qu'il a été opéré. Sa santé est d'ailleurs fort bonne, et il a soin de cacher son oreille sous une perruque. La tumeur, examinée attentivement, ne paraît pas entretenue par les artères circonvoisines, mais par les branches de communication intermédiaires du cuir chevelu au naissant de l'autre carotide.

Ainsi, la ligature de la carotide primitive a donc été utile au malade, qui serait mort sans cette opération, et, s'il n'est pas pour cela guéri complétement, il ne paraît pas du moins devoir succomber à cette affection.

M. Robert a vu en quelques années deux cas de varice artérielle ; l'un de ces cas était analogue à celui de M. Maisonneuve. Il s'agissait d'une jeune fille frappée d'un coup de pierre à la tête; une plaie contuse donna lieu à une hémorrhagie; la compression fut faite pendant deux mois; mais l'hémorrhagie se renouvela plusieurs fois, et elle offrait cette particularité que le sang n'était pas projeté par saccades. M. Robert, assuré ainsi de l'insuffisance de la compression, se décida à pratiquer la ligature de la carotide (c'était du côté droit), et y joignit l'application d'un bandage contentif. L'appareil fut enlevé, les choses étaient en bon état; il n'y eut pas d'hémorrhagie, et la jeune fille retourna dans son pays près de Soissons. Elle était guérie en ce sens que la maladie se trouvait stationnaire, mais non guérie par l'oblitération des vaisseaux.

On doit reconnaître la différence qui existe entre les cas de ce genre et ceux dans lesquels la ligature est faite pour un anévrisme essentiel, puisqu'il n'y a pas de sac anévrismal, et, partant, impossibilité d'obtenir l'oblitération par la seule

ligature d'un vaisseau. La compression très forte, l'électricité, d'autres moyens encore, mais directs et puissants, pourraient être tentés dans ce but.

En 1846, deux ans après avoir pratiqué cette ligature de la carotide primitive, M. Robert reçut à l'hôpital Beaujon une jeune fille qui avait fait une chute dans une église, et était tombée sur le front. Or, elle avait eu dans ce point même une tache érectile congéniale qui s'était irritée, excoriée à diverses reprises par des causes mécaniques ; une tumeur de même nature était survenue, occupant toute la région frontale; elle avait acquis du développement avec l'âge ; et en s'ulcérant ensuite, elle avait occasionné des hémorrhagies graves, surtout vers les époques menstruelles. La contusion avait ainsi porté sur cette tumeur, qui s'était ouverte et avait fourni une assez grande quantité de sang. Un tamponnement provisoire fut exercé ; et ayant été enlevé quelques jours après, il laissa voir que la région frontale était couverte d'ulcérations cicatrisées. La malade avait déjà été traitée ailleurs de cette varice artérielle, mais sans succès.

M. Robert se décida à lier la carotide gauche ; mais il éprouva d'assez grandes difficultés dans cette opération, croyant bien avoir isolé le nerf pneumogastrique. La ligature était à peine serrée, que des accidents instantanés d'aphonie se déclarèrent, et la voix, restée rauque pendant longtemps, redevint à peu près naturelle.

La compression exercée sur le front fut maintenue pendant deux mois environ ; mais lorsqu'elle fut enlevée, l'hémorrhagie se reproduisit. M. Robert résolut alors de lier la carotide droite; c'était huit mois après la première opération. Mais, en serrant le fil de la ligature, il vit de nouveaux accidents se manifester aussitôt; ces accidents disparurent heureusement ; la compression de la tumeur fut maintenue pendant six semaines, et la cicatrice se trouva complète.

Il y a aujourd'hui deux ans et demi que cette seconde ligature a été faite ; la malade est en bon état; mais la tumeur,

quoique affaissée, n'a pas disparu. La guérison ainsi est relative et non absolue. C'est un résultat qui semble devoir se soutenir.

Voilà donc deux faits propres à M. Robert, qui a voulu examiner aussi les faits relatés par d'autres chirurgiens pour se rendre compte de leur opinion à ce sujet. Il a compulsé les diverses observations de ligature de la carotide primitive, et il les a trouvées incomplètes, insuffisantes. C'est ainsi que Mussey, de Philadelphie, lia les deux carotides primitives, à treize jours de distance, dans un cas de tumeur érectile; il extirpa ensuite la tumeur, et fut obligé de faire des ligatures multiples pour arrêter l'hémorrbagie. Mussey, selon M. Robert, a eu tort d'agir ainsi.

M. Lenoir fait remarquer à M. Robert que, d'après l'observation de Mussey, le chirurgien amérieain ne s'était décidé à agir ainsi qu'à la suite d'un nouvel et considérable accroissement de la tumeur.

M. Robert ajoute qu'un cas analogue appartient à M. Warren, de Philadelpbie. La tumeur érectile occupait les lèvres et la langue; M. Warren lia les deux carotides, et enleva une partie de la lèvre. Le résultat fut stationuaire.

En Allemagne, d'autres chirurgiens ont suivi la même manière de faire; M. Kuhl, d'une part, et M. J. Miller, de Copenhague, d'autre part, ont annoncé des guérisons ainsi obtenues par chacun d'eux.

M. Robert conclut de ces faits que l'ablation des tumeurs artérielles du crâne doit être rejetée, tandis que la ligature de la carotide primitive doit être admise, non pour prétendre à la guérison absolue, mais à une amélioration notable.

M. Chassaignac se félicite que cette discussion soit ouverte; et sans partager l'opinion de M. Robert, quoiqu'il n'ait pas comme lui une expérience personnelle à cet égard, il espère démontrer que le raisonnement de son honorable collègue n'est pas fondé. Il lui reproche, en effet, d'établir dans l'exposition des faits une assimilation inexacte, et il ne saurait

admettre que la tumeur érectile et la varice artérielle soient les simples variétés d'une même maladie. Il croit à l'efficacité de la ligature pour les tumeurs érectiles seulement ; et dans la plupart des faits cités, il s'agissait de tumeurs érectiles même des plus volumineuses. Elles sont d'ailleurs susceptibles de guérison par d'autres méthodes de traitement. M. Chassaignac cite, à cette occasion, un exemple récent de tumeur érectile que M. Marjolin fils a traitée par la vaccination.

Quant aux varices artérielles, on peut très rationnellement en pratiquer l'extirpation. Le fait de Mussey prouve que par l'ablation de la tumeur on arrive à une guérison radicale.

Johnson et Mayo avaient proposé aussi l'ablation de la tumeur, comme bien préférable pour les varices artérielles, à condition pour l'opérateur d'être bien aidé, c'est-à-dire qu'il faut pouvoir lier avec soin tous les vaisseaux à mesure que la tumeur se trouve divisée, si surtout elle est assez volumineuse.

M. Chassaignac approuve la constance avec laquelle M. Maisonneuve a combattu l'hémorrhagie, mais il le blâme de n'avoir pas tenu compte des faits observés antérieurement, et il croit avec certitude qu'une tumeur constituant une varice anévrismale ne peut guérir par la ligature seule d'un tronc artériel. On peut bien recourir à la ligature de la carotide primitive comme moyen de guérison partielle, mais c'est par l'ablation de la tumeur que l'on doit tenter la guérison complète.

M. Chassaignac s'est occupé de cette question pour sa thèse sur les tumeurs de la voûte du crâne, et il rappelle que Wardrop a perdu deux opérés chez lesquels il s'était contenté de faire la ligature des carotides. Il croit donc préférable de suivre le conseil de Johnson et de Mayo. L'ablation de la tumeur ne lui semble pas d'ailleurs plus grave que celle de toute autre tumeur de la face, quoique la même artère, enroulée sur elle-même, puisse donner lieu à des hémorrhagies multiples. C'est ainsi que Mussey a dû faire quarante ligatures dans le cas

déjà cité de lui. Si M. Maisonneuve eût circonscrit la tumeur de sa malade, il eût peut-être assuré sa guérison.

M. Chassaignac déclare enfin se trouver ainsi en opposition formelle avec M. Robert, qui se contente d'une cure palliative.

M. Morel-Lavallée, ayant la parole pour une motion d'ordre, propose d'ajourner la discussion, pour faire une communication à la Société.

M. Michon pense que toutes les objections à faire à M. Maisonneuve doivent se suivre sans interruption.

M. Maisonneuve lui-même le désire ainsi, et M. le président décide que la discussion continuera.

M. Debout signale deux faits de ligature des deux carotides primitives; l'un d'eux appartient à Mussey, déjà cité par M. Robert, qui ne l'a pas complété. Mussey raconte avoir revu son opéré, qui allait toujours bien. L'autre fait est celui de Preston, chirurgien de la compagnie des Indes, qui a fait aussi la ligature des deux artères carotides primitives.

M. Giraldès fait observer que cette citation est en dehors de la question.

M. Debout, afin de s'y rattacher, pense que la chirurgie doit attaquer les varices artérielles par des moyens directs; et s'il avait affaire à un cas semblable, il emploierait la galvano-puncture.

M. Giraldès approuve M. Chassaignac d'avoir bien établi la différence des varices artérielles et des tumeurs érectiles, mais il lui reproche de n'avoir pas souvenir de faits cités par lui-même. Une observation de Syme (1) se rapporte à une varice artérielle, et il y en a deux autres de Pelletan (2).

Les modifications subies dans ces cas-là par les artères avaient fait que les tumeurs se dilataient de plus en plus, se prolongeaient au loin, et devenaient transparentes dans leurs

---

(1) Syme, *Edimb. med. and surg. journal*, 1829.

(2) Pelletan, *Clinique chirurgicale*.

parois, jusqu'au point de ne plus offrir qu'une faible consistance. Or, on conçoit que cette disposition, d'une part, fournirait une application dangereuse aux principes soutenus par M. Chassaignac.

D'autre part, les objections puissantes adressées par M. Robert à M. Maisonneuve subsistent aussi bien, malgré les objections contraires. En effet, si M. Maisonneuve avait connu l'observation de Syme, il aurait vu que la ligature de la carotide primitive n'avait pas arrêté le développement de la tumeur.

M. Robert enfin, ajoute M. Giraldès, s'est montré un peu optimiste dans l'appréciation des faits de Kubl, J. Miller, Mussey et autres, prouvant l'insuffisance de la ligature de la carotide primitive d'un côté, aussi bien que la nécessité de lier celle du côté opposé.

M. Michon se contentera d'adresser quelques remarques critiques à M. Maisonneuve. Il croit d'abord que la ligature de la carotide primitive aurait dû être faite d'emblée, sans préoccupation de l'hémorrhagie fournie par la carotide interne, ni des modifications de la tumeur. M. Maisonneuve a bien dit que la tumeur s'était affaissée d'abord, mais il n'a pas dit dans quelles conditions elle se trouvait à l'instant où l'hémorrhagie a reparu. Il n'a pas tenu compte non plus des branches ni des anastomoses pour le rétablissement de la circulation, car s'il voulait arrêter le sang dans la tumeur en liant la carotide externe, en premier lieu il aurait dû se rappeler qu'une injection faite par un côté parvient dans l'autre, et que, dans un cas de dilatation, c'est une raison de plus de craindre l'hémorrhagie.

M. Michon pense enfin que M. Maisonneuve n'aurait pas dû permettre à la malade des mouvements précoces, cause fréquente d'hémorrhagies secondaires, et qu'il aurait mieux fait de laisser la plaie se cicatriser complétement. Les faits pour preuve ne manquent pas dans la science.

M. Lenoir regrette que l'observation de M. Maisonneuve

manque de renseignements utiles sur l'anatomie pathologique de la tumeur. C'eût été un renseignement nécessaire pour mieux apprécier la nature de la maladie, et en conséquence le traitement qui lui convenait.

« On sait, en effet, dit M. Lenoir, que quatre ou cinq espèces de tumeurs peuvent siéger dans la région temporale, et que l'on a confondu plusieurs de ces maladies ensemble. »

Voici quelles sont ces tumeurs :

1° La varice anévrismale, ou le passage direct du sang de l'artère dans la veine. La tumeur, devenant artérielle, offre cependant des difficultés pour distinguer l'artère de la veine, et ces difficultés augmentent sur le vivant, comme dans les deux cas qui ont été cités, parce que les signes sont analognes.

2° La varice artérielle, décrite par Breschet, et vue aussi par d'autres, se présente comme type sur un avant-bras dont la pièce a été déposée dans le Musée de la Faculté.

3° La tumeur érectile, enfin, tantôt artérielle, tantôt veineuse, ou bien artérioso-veineuse, sont donc autant de tumeurs distinctes dans leurs espèces, et cependant confondues entre elles, quoiqu'elles réclament des méthodes différentes de traitement.

S'il s'agit, par exemple, d'une tumeur érectile, c'est à la ligature de la carotide primitive qu'il convient de recourir. M. Lenoir cite pour preuve une statistique de 31 cas de ligature de la carotide primitive pour des tumeurs érectiles de la tête ou de la face ; il y a eu, pour les 31 cas, 18 guérisons, 8 morts, 5 cas persistants. Norris, de Pensylvanie, a établi, d'après ces données-là, une conclusion favorable à la ligature de la carotide primitive, puisque, malgré la gravité de cette ligature, sur 140 cas recueillis, 48 morts ont été annotées.

Si, au contraire, il s'agit d'un anévrisme artérioso-veineux ou d'une varice anévrismale, on ne doit pas compter sur la ligature de la earotide. M. Lenoir rappelle à ce sujet une observation de Stromeyer, relative à un élève en médecine qui

avait reçu un coup de sabre à la tempe. Cette blessure donna lieu à la formation d'une varice anévrismale. Chélius, consulté le premier, conseilla et pratiqua la ligature de la carotide primitive, mais sans succès ; la tumeur récidiva. Stromeyer, appelé ensuite auprès du malade, lia l'artère lésée au-dessous et au-dessus du point même de son ouverture dans la veine, et par cette application de la méthode ancienne il obtint la guérison.

Enfin, dans la varice artérielle, l'artère étant malade, la ligature directe est évidemment une mauvaise méthode.

M. Morel-Lavallée a déjà dit, dans une autre occasion, que la galvano-puncture lui semblait applicable aux tumeurs constituant des varices artérielles, et il partage ainsi l'opinion émise par M. Debout. Il avait même proposé à M. Robert, pour l'une de ses malades, la compression circulaire de la tumeur à l'aide d'un anneau métallique, et la galvano-puncture au centre. L'avantage que cette méthode lui semble offrir lui fait désirer qu'en pareil cas elle soit au moins essayée avant toute autre opération.

M. Maisonneuve devant répondre à toutes les objections qui lui sont adressées, et en raison de l'heure avancée, demande le renvoi de la discussion à la prochaine séance. (Adopté.)

Correspondance.

M. Larrey offre à la Société, de la part de M. Chaumet, professeur de clinique chirurgicale à l'hôpital civil de Bordeaux, une brochure intitulée : *Mémoire sur un nouveau moyen appliqué au diagnostic des hydrocèles compliquées, et sur le traitement le plus rapide et le plus sûr de cette affection.* M. Larrey est chargé de faire un rapport verbal sur ce mémoire.

— M. Monod, retenu par une séance du conseil des hôpitaux, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

— M. Vidal demande un congé pour faire partie du jury d'internat, dont les séances ont lieu le mercredi.

Tubercule du rocher.

M. Morel-Lavallée présente une pièce d'anatomie pathologique dont il exposera l'observation dans une prochaine séance. Il s'agit d'un tubercule ramolli siégeant dans l'épaisseur du rocher, avec tous les caractères qui en feraient un type de tubercule enkysté.

— La séance est levée à cinq heures et demie. H. L.

Séance du 7 *novembre* 1849.

Présidence de M. Deguise père.

Varice artérielle du crâne.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le cas de varice artérielle de la tête, communiqué dans une précédente séance par M. Maisonneuve ; et c'est à lui de répondre aux différentes objections qui lui ont été adressées.

« Parmi ces observations, dit M. Maisonneuve, il en est de deux natures; les unes me sont personnelles, les autres sont générales et s'appliquent à l'ensemble de la question. Je ne m'arrêterai pas longuement aux premières ni à celles qui me touchent d'une manière directe, mais j'insisterai davantage sur les remarques que je veux faire relativement aux secondes observations.

» M. Giraldès, dit-il, m'a reproché d'avoir injecté les artères sur la pièce pathologique, parce que cette injection avait altéré la tumeur. Je répondrai à cela qu'il me paraissait utile de faire cette injection, et qu'il suffit d'ailleurs de vider les artères pour apprécier leur état morbide.

« M. Lenoir a établi les distinctions à faire entre les tumeurs artérielles du crâne, en me reprochant d'avoir laissé du doute sur la nature de la tumeur dont j'ai rapporté l'histoire. Je rappellerai seulement que je n'avais pas d'incerti-

tude sur le diagnostic de cette tumeur, qui était bien démontrée, pour moi, comme formant une varice artérielle.

» C'est ce que j'avais à dire pour le fait qui m'est propre.

» Quant à ce qui touche la question générale, les observations auxquelles j'ai à répondre sont de deux ordres : les unes s'élèvent contre la méthode que j'ai suivie, la ligature des artères, et les autres contre le procédé que j'ai employé. La ligature, pour les tumeurs dont il s'agit, a été rejetée par plusieurs chirurgiens comme une mauvaise méthode de traitement. J'ai peu de chose à ajouter à cet égard, puisque M. Robert a déjà répondu aux objections adressées à cette méthode, et démontré que, si la ligature était impuissante à la guérison, elle était au moins utile à la maladie. Ainsi, on a été trop loin en proscrivant la ligature. L'ablation de la tumeur, que préférerait M. Chassaignac, ne compte pas assez de faits en sa faveur pour pouvoir être jugée définitivement.

» Un reproche a été fait directement à la ligature de la carotide externe, comme étant plus dangereuse et moins efficace que la ligature de la carotide primitive. Je répondrai que jamais la ligature de la carotide primitive n'a guéri de varice artérielle ; c'est un moyen insuffisant qui n'exclut pas la recherche d'autres moyens meilleurs ; et c'est dans le but d'obtenir un résultat plus favorable que je me suis décidé à lier la carotide externe, comme étant le vaisseau afférent à la tumeur le plus direct. La ligature de la carotide externe, a-t-on dit, n'est pas plus efficace que la ligature de la carotide primitive. Je répondrai encore que, dans le cas particulier dont j'ai relaté ici l'observation, l'efficacité de cette ligature a été pour ainsi dire palpable, malgré l'insuccès de l'opération et la mort de la malade. La preuve de ce que j'avance, c'est que les battements se trouvaient suspendus dans la tumeur, qui s'était affaissée en perdant une partie de son volume, c'est que les petites tumeurs environnantes avaient diminué aussi proportionnellement. N'est-il pas à présumer, d'après cela, que la tumeur aurait suivi la marche des tumeurs pulsantes,

et serait arrivée à une guérison complète? Il y a eu, en définitive, arrêt des battements et oblitération commençante des artères malades : donc il y a eu une marche vers la guérison. Il n'est pas juste ainsi d'assimiler cette ligature à d'autres.

» Pour moi, ajoute M. Maisonneuve, la ligature de la carotide externe a été plus efficace que celle de la carotide primitive, puisque cette première artère établissait une communication directe avec la tumeur; et ne sait-on pas qu'un organe peut être flétri par la ligature directe de son artère principale?

» Une objection capitale a été faite. La ligature de la carotide externe, a-t-on dit, est fort grave, et il faut s'attendre à des conséquences malheureuses. Je répondrai à cette objection : ce n'est pas la ligature de la carotide externe, mais celle de la carotide primitive, qui a déterminé le résultat funeste chez ma malade. La gangrène du cerveau, après cette opération, n'est pas un accident exceptionnel, mais fréquent; il figure pour un sixième dans des cas analogues: de là donc plus de gravité. C'est pourquoi j'ai voulu éviter la ligature de la carotide primitive.

» Quant à l'influence que la lésion d'un nerf a pu avoir sur la terminaison mortelle, j'avoue, dit M. Maisonneuve, que dans l'opération il y a eu, en effet, cet accident, un cordon nerveux du grand sympathique a été serré dans la ligature de la carotide interne; mais je ne pense pas que cet accident puisse être considéré comme cause de la mort, et je ne l'ai constaté, du reste, qu'à l'autopsie.

» Non-seulement la ligature de la carotide externe est peu dangereuse, selon moi; mais elle n'est pas plus difficile que la ligature de la carotide primitive. Les chances d'hémorrhagie ne sont pas essentiellement unies à cette ligature, mais elles sont possibles comme dans toute autre ligature d'artère. En cherchant à me rendre compte du fait que j'avais sous les yeux, j'ai vu une suppuration abondante baigner le vaisseau dans le point où il avait été lié, et le pus tomber même un peu plus bas, d'où devait résulter un obstacle à l'oblitération

de l'artère : c'est donc là un accident qui peut se présenter dans d'autres ligatures, et par conséquent c'est une question accessoire que celle-là.

» Je croyais être le premier, ajoute M. Maisonneuve, à avoir pratiqué la ligature de la carotide externe, et lorsque j'ai fait ma communication, je n'en connaissais pas d'exemple; mais il en existe un cas assez remarquable dans la *Gazette Médicale* de 1841. M. Wurtzer, ayant à opérer un cancer des amygdales et du voile du palais, a fait, préalablement à l'ablation de la tumeur, la ligature de la carotide externe. L'opération a réussi comme ligature ; mais la récidive de la tumeur a eu lieu, et a fait succomber le malade quelque temps après. Je ne connais pas d'autre fait que celui-là; cependant M. Velpeau, dans l'appendice de sa *Médecine opératoire*, dit que Mott (de New-York) a fait deux fois la ligature de la carotide externe, mais sans donner de détails à ce sujet. Le fait de Wurtzer est donc très important, parce qu'il est semblable au mien.

» En résumé, dit M. Maisonneuve en finissant, je considère la ligature de la carotide externe, premièrement, comme applicable aux varices artérielles de la tête ; secondement, comme moins dangereuse que la ligature de la carotide primitive; troisièmement, comme prévenant mieux l'hémorrhagie; et, en conséquence, je persiste dans les opinions que j'ai exprimées. »

M. Giraldès fait observer que M. Maisonneuve s'est appuyé sur ce que la ligature de la carotide externe avait déterminé l'affaissement de la tumeur, en disant qu'à cette ligature seule on devait attribuer un tel résultat ; « mais, ajoute M. Giraldès, M. Maisonneuve est à cet égard dans l'erreur ; et la preuve, c'est que, dans le cas de Wardrop, terminé aussi par la mort, la cessation des battements dans la tumeur a été l'effet de la ligature de la carotide primitive. Dans d'autres cas, on avait commencé par lier les artères les plus rapprochées de la tumeur sans en obtenir le même résultat. »

M. Maisonneuve ne connaît pas le cas de Wardrop, ou il

le connaît peut-être sans se le rappeler, et il voudrait que M. Giraldès voulût bien lui donner des détails à ce sujet. Il n'est pas étonné que la ligature des artères afférentes n'ait point réussi; car rien ne prouve, en effet, qu'en liant les petites artères ou les plus proches de la maladie, on réussisse autant que si on lie le tronc principal.

M. Giraldès répond à M. Maisonneuve que, dans les cas cités, on a lié toutes les artères.

M. Maisonneuve n'admet pas qu'il en ait été ainsi, parce qu'on ne peut le savoir avec certitude.

M. Chassaignac, en examinant un dessin de la pièce pathologique de M. Maisonneuve, ne croit pas qu'il existe de cas plus propres à prouver les chances de succès que l'on aurait eues en pratiquant l'ablation de la tumeur. « Cette tumeur, dit-il, n'excédait pas le volume d'un œuf de poule; l'extirpation n'aurait été qu'une petite opération; car, en faisant une double incision elliptique, on aurait eu peu de perte de substance, et on aurait ainsi enlevé la totalité du mal. Je suis plus confirmé que jamais dans l'utilité du précepte de Johnson. C'est, ajoute-t-il, proclamer une grave erreur anatomique que de prétendre arrêter la circulation dans une tumeur semblable en liant le tronc artériel et les artères afférentes, comme s'il ne restait pas, pour alimenter cette tumeur, les anastomoses avec les artères du côté opposé; en outre de l'artère ophthalmique, qui pourrait y suffire? En conséquence, dit M. Chassaignac en terminant, il fallait, selon moi, faire l'ablation de la tumeur et non la ligature des artères carotides.»

M. Robert, voulant répondre à l'argumentation de son collègue, s'exprime à peu près ainsi: « M. Chassaignac, dit-il, nous concède d'abord que rien ne peut guérir les varices artérielles; mais, moi, je ne lui concède pas que l'extirpation leur soit applicable, elle est même de toute impossibilité matérielle pour moi. De plus, comme l'a dit M. Chassaignac lui-même dans sa thèse, cette maladie, localisée d'abord, s'étend ensuite de proche en proche, et engage enfin une so-

lidarité complète entre toutes les artères de la surface de la tête. Il en résulte ainsi l'impossibilité d'enlever toutes les artères malades.

» Je crois, ajoute M. Robert, que M. Chassaignac confond ici les varices artérielles et certaines tumeurs érectiles ; il l'a fait supposer du moins en citant le fait de M. Marjolin fils. On ne peut guérir que les tumeurs de la nature de celle-là ; tandis que, dans les autres cas, la tumeur, primitivement souscutanée, finit par envahir les gros vaisseaux. Je n'ai point tout d'abord fait ces réflexions, parce qu'elles sont bien connues. Breschet les a parfaitement exposées ; il a comparé les varices artérielles aux varices des veines, et il n'a pas établi de différences entre les grosses artères et les petites à cet égard. A. Bérard et M. Denonvilliers ont bien démontré aussi la formation de ces varices artérielles ; et leur dilatation, envahissant les gros troncs, en rend ainsi l'ablation impossible. J'ai dit que, dans la plupart des cas, par la ligature de la carotide primitive, la maladie se trouvait enrayée. Je ne rappellerai pas à cet égard des faits qui ont été déjà cités ; je n'ai point parlé, du reste, des tumeurs de la face ; mais je raconterai le fait suivant à l'appui de l'opinion que je soutiens ici :

» J'ai assisté il y a onze ans à une ligature de la carotide primitive qui fut faite par M. Pinel Grandchamp, chez une dame âgée de quarante-cinq ans, pour une tumeur artérielle de la face occupant la joue droite et les lèvres. L'origine de la maladie remontait à vingt années environ. Des ulcérations et des hémorrhagies s'étaient fréquemment renouvelées. M. Pinel Grandchamp avait successivement lié les deux artères faciales, la temporale, la transversale de la face et la sous-orbitaire du côté droit, mais sans aucun résultat. Ce fut alors, c'est-à-dire en 1838, qu'il se décida à faire la ligature de la carotide primitive. M. H. Larrey, qui a vu cette malade, et qui assistait à cette opération, en a sans doute gardé le souvenir. La tumeur fut dès lors dans un état stationnaire, et la malade, se trouvant mieux, entra dans une communauté reli-

gieuse, où elle a continué d'aller assez bien, sauf quelques hémorrhagies peu abondantes, qui ne semblent pas s'être renouvelées depuis longtemps.

» Ainsi, voilà un cas encore, ajoute M. Robert, un cas d'amélioration réelle, même à la face, par la ligature de la carotide primitive, tandis que la ligature des artères afférentes avait été inutile. Ce ne sont donc pas des maladies locales que celles-là.

» Je me rappelle, dit M. Robert en terminant, le conseil que m'avait donné M. Morel-Lavallée pour l'une de mes deux malades : c'était d'essayer l'électricité au centre de la tumeur, après avoir appliqué à sa base une compression circulaire à l'aide d'un anneau métallique. Le conseil de ce moyen ingénieux était fondé sur les idées de M. Pétrequin, mais il ne paraissait pas applicable au cas qui se présentait, à cause de l'étendue de la tumeur, et je n'ai pas osé l'employer. »

M. Loir rappelle qu'il a fait, il y a quelques années, un travail, dans lequel il a cherché à démontrer que l'hypertrophie artérielle était un état d'abord local, circonscrit, subissant l'influence de l'altération des autres tissus. Il a communiqué vers cette époque à M. Breschet, un fait qui parut lui offrir un grand intérêt : c'était une varice artérielle compliquée d'un anévrisme poplité, dont il a montré le dessin à la Société de chirurgie.

M. Gosselin considérant cette discussion comme épuisée, propose l'ordre du jour, mais sa proposition n'est pas adoptée.

M. Chassaignac revient une dernière fois sur l'utilité, sur la nécessité même de recourir à l'ablation des varices artérielles plutôt qu'à la ligature des troncs vasculaires, toutes les fois que la tumeur n'aura pas acquis un développement trop considérable ; et il insiste d'autant plus, que cette ablation a été faite avec succès dans de semblables circonstances. Le fait de M. Maisonneuve est concluant à cet égard, et on veut la ligature pour une tumeur aussi circonscrite que celle-là ! M. Chassaignac ne saurait faire une telle concession.

M. Larrey ne voudrait pas sans nécessité prolonger cette discussion, mais il désire exposer succinctement les motifs qui l'engagent à prendre la parole.

« J'avais l'intention, dit-il, de faire remarquer tout d'abord à M. Maisonneuve qu'il n'avait pas assez précisé diverses circonstances de son observation, parce qu'il me semblait qu'en raison de la cause mécanique de cette tumeur, de son développement récent, de son petit volume, M. Maisonneuve, avant d'avoir essayé tout autre moyen de guérison, s'était décidé peut-être hâtivement à faire la ligature successive des artères carotides externe, primitive et interne.

» Je ne reviendrai pas sur des objections qui ont été mieux faites et plus à propos à M. Maisonneuve par quelques-uns de nos honorables collègues ; mais, en ce qui touche à la question générale du traitement, je me rangerais volontiers à l'avis de M. Chassaignac, préférant, comme lui, l'ablation de la tumeur à la ligature artérielle, avec cette condition d'agir ainsi lorsque la maladie, limitée à de petits vaisseaux, n'a pas encore acquis d'extension par l'envahissement de grosses artères, c'est-à-dire lorsque la varice anévrismale ou artérielle est encore une lésion locale assez circonscrite et récente, accessible enfin à des moyens directs. Or telles étaient à peu près, il me semble, les conditions dans lesquelles se trouvait la jeune femme opérée par M. Maisonneuve.

» Mais dans les conditions contraires, ajoute M. Larrey, au lieu de l'ablation de la tumeur, la ligature du tronc carotidien me semblerait devoir être préférée, selon l'opinion de M. Robert, et comme je lui ai vu faire cette opération chez sa seconde malade, comme je l'ai vu pratiquer aussi par M. Pinel Grandchamp, telle enfin qu'elle a été faite à ma connaissance dans le cas suivant que je vais exposer en quelques mots.

» Un sergent de la ligne, jeune encore et bien portant, s'était présenté, en 1828, à l'hôpital du Gros-Caillou pour une tumeur de la région temporale gauche développée depuis plu-

sieurs années par suite d'une cause mécanique, mais paraissant d'origine congéniale. Cette tumeur, largement étalée à la surface du crâne, remplissait la fosse temporale, offrait plusieurs des caractères assignés aux tumeurs fongueuses sanguines, et se compliquait de phénomènes cérébraux dès qu'elle était soumise à une compression un peu forte. Mon père, après l'avoir examinée attentivement, ne crut pas devoir faire une opération hasardée dans un cas aussi grave, et il me chargea de conduire le malade à l'Hôtel-Dieu pour avoir l'avis de M. Dupuytren. La tumeur, explorée par lui avec le plus grand soin et en présence de ses élèves, auxquels il en fit une démonstration clinique, lui parut être d'une nature essentiellement érectile; mais Dupuytren pensa qu'il fallait s'abstenir de toute opération provisoirement, et mon père adopta son avis.

» Le jeune sergent, réformé du service, retourna dans son pays, près de Metz, où je lui avais conseillé de voir le chirurgien en chef de l'hôpital militaire, M. Willaume, dont l'expérience et le caractère sont dignement appréciés par tous les chirurgiens de l'armée. La tumeur était devenue alors plus développée, plus saillante et semblait devoir faire des progrès incessants. Le malade s'en inquiétait beaucoup, et désirait une opération qu'il savait pouvoir être la ligature d'un vaisseau du cou. M. Willaume, sans partager sa confiance et incertain aussi du résultat à raison des anastomoses multipliées de l'un et l'autre côté de la tête, finit cependant par se décider à pratiquer la ligature de la carotide primitive avec l'assistance de MM. Hénot, Soudan, Mansuy et Scoutteten. L'opération n'offrit rien d'extraordinaire ; la tumeur s'affaissa aussitôt un peu et se décolora; puis elle resta stationnaire après la cicatrisation de la plaie, et plus tard, lorsque le malade eut quitté l'hôpital, elle parut n'avoir pas fait de progrès, sans offrir cependant de tendance vers la guérison (1).

(1) « J'appris vers cette époque, m'écrivait M. Willaume, que ce

» Tel est, dit M. Larrey en terminant, le fait qui me semble pouvoir s'ajouter à ceux qu'a cités M. Robert comme exemple de cure palliative. Il est extrait de mes notes et d'une lettre que M. Willaume a eu l'obligeance de m'écrire; mais il n'a été, que je sache, publié nulle part. C'est pourquoi j'ai pensé qu'il ne serait pas sans intérêt pour la discussion, en m'excusant de l'avoir ainsi prolongée. »

Correspondance.

L'Académie chirurgicale de Madrid a chargé son secrétaire général d'écrire à la Société de chirurgie que, désirant entretenir avec elle des relations plus directes, elle lui offre le premier volume de ses mémoires annuels et son journal intitulé l'*Union chirurgicale*, en échange des mémoires publiés par la Société de chirurgie de Paris. Si cette offre est acceptée, l'Académie chirurgicale de Madrid propose à la Société de chirurgie de faire aussi un échange de diplômes entre les membres des deux bureaux comme témoignage de bonne confraternité.

— La séance est levée à cinq heures et demie. H. L.

Séance du 14 *novembre* 1849.

Présidence de M. Deguise père.

A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, M. Chassaignac demande que l'observation de M. Maisonneuve soit insérée dans les Mémoires de la Société, en y joignant le dessin qui a été fait, sans préjudice de la publication réservée par M. Robert.

M. Robert rappelle en effet qu'il a commencé un travail

---

sujet avait été présenté à Dupuytren, qui avait refusé de l'opérer. Ce refus du grand chirurgien, s'il m'eût été connu, eût certainement modifié ma manière de raisonner et d'agir en cette circonstance. »

étendu sur les tumeurs artérielles, et qu'il la communiquera plus tard à la Société de chirurgie, sans prendre toutefois d'engagement à cet égard.

M. Maisonneuve s'empressera de rédiger l'observation qu'il lui a communiquée, mais le dessin tel qu'il a été fait laisse à désirer.

M. Debout propose de faire tout exprès pour cette publication un dessin exact, mais fort simple.

M. Morel-Lavallée fait remarquer que la *Gazette des Hôpitaux* a proposé de faire les frais des dessins intéressants, et que l'on pourrait profiter de l'offre du journal.

M. Giraldès pense que, si l'observation est publiée, un dessin complet sera préférable à une gravure sur bois.

M. Gosselin ne croit pas que M. Maisonneuve puisse ajouter beaucoup de renseignements à l'observation qu'il a communiquée, et que M. le secrétaire a reproduite avec exactitude dans les bulletins.

M. Chassaignac le reconnaît ainsi, comme description écrite, mais il voudrait une description figurative, autrement dit un dessin, pour mieux faire apprécier l'importance d'une question jugeant des méthodes contraires.

M. Maisonneuve dit que son intention, en montrant la pièce pathologique, avait été de faire constater les lésions; il se proposait d'ailleurs d'en faire le sujet d'un travail qu'il rédigera, si la Société veut bien l'accepter.

M. Michon demande à quelle époque cet engagement pris sera exécuté; et, comme réflexion générale, il fait observer que les engagements de cette nature n'engagent souvent à rien en réalité. Il propose, en conséquence, le vote immédiat sur cet incident.

M. le président rappelle qu'aux termes du règlement on ne peut voter l'impression d'un travail avant que lecture en ait été faite.

On attendra donc qu'il en soit ainsi.

Correspondance.

M. Huguier, ayant été nommé membre du jury de concours pour la chaire de médecine opératoire, et M. Cullerier, comme juge du concours de l'externat, demandent chacun un congé. (Accordé.)

M. Loir s'excuse de son absence pour motif de santé.

M. Morel-Lavallée adresse à la Société un paquet cacheté, dont le dépôt est confié à M. le secrétaire.

Évacuation des foyers de liquide morbide sans pénétration de l'air.

M. Larrey donne communication d'une lettre et d'une note que lui a adressées M. le Dr Raciborski sur un nouveau moyen d'empêcher l'introduction de l'air extérieur au sein des collections pathologiques, telles que hydrothorax, abcès par congestion, etc. C'est après avoir entendu ce confrère exposer l'emploi de ce moyen à la Société de Médecine du 10e arrondissement que M. Larrey l'a engagé à le faire connaître à la Société de Chirurgie. Un extrait de cette note suffira pour donner une idée du procédé de M. Raciborski.

Il cite d'abord l'opinion générale des chirurgiens sur la pénétration de l'air extérieur au sein des collections pathologiques, pendant ou après les opérations. La méthode sous-cutanée réussit assez bien après l'évacuation du liquide; et divers moyens ont été imaginés pour agir dans le même but, pendant l'écoulement même du liquide : ainsi le trocart à pompe et à robinet de M. J. Guérin, pour extraire le pus des abcès par congestion; et le trocart muni d'une peau de baudruche de M. Reybard, pour l'opération de la thoracentèse, sont d'ingénieux procédés sans doute pour empêcher l'accès de l'air dans le foyer purulent ou dans la cavité de la poitrine, mais ils ne sauraient suffire absolument dans tous les cas, selon M. Raciborski, et surtout lorsque l'opération aurait excité de violentes quintes de toux provoquant elles-mêmes plu-

sieurs expirations brusques suivies d'une inspiration forte et prolongée.

C'est pourquoi il fut conduit à imaginer le moyen suivant :

Il se sert, pour cela, d'une vessie de porc dont la capacité est proportionnelle à la quantité de liquide que l'on doit évacuer ; il la trempe dans l'eau pour la ramollir, et la tord ensuite pour en chasser l'air; il fixe enfin l'orifice de la vessie autour de la canule du trocart armé, dont la poignée se trouve entièrement coiffée par le fond de cette vessie. La ponction est faite comme à l'ordinaire, si ce n'est que la main presse sur cette enveloppe extérieure, en même temps que sur le manche de l'instrument pour en retirer ensuite la lame, en l'abandonnant dans la cavité close que représente la vessie. Celle-ci se déplisse et se distend à mesure que le liquide s'écoule dans son intérieur par la canule, et le foyer morbide se trouve ainsi à l'abri de la pénétration de l'air.

M. Raciborski indique enfin une modification sans importance applicable à ce procédé, qu'il considère comme le moyen le plus sûr et le plus commode pour empêcher l'accident redouté des chirurgiens.

Après la lecture de cette note, M. le président décide que des remercîments seront adressés à M. Raciborski pour sa communication.

La correspondance imprimée comprend :

1° Le discours prononcé à la session anniversaire de l'Académie chirurgicale de Madrid, par les secrétaires don Ruiz Gimonez et don Cortijo y Valdez. Un rapport verbal sera fait sur cette brochure par M. Giraldès.

2° Le rapport général sur les travaux de la Société des sciences médicales de l'arrondissement de Gannat, par M. C. Laronde. (Rapporteur, M. R. Marjolin).

3° Une brochure intitulée : *Nuovo metodo per togliere la claudicazione;* par M. Fr. Rizzoli, de Bologne, avec une planche. (Rapporteur, M. Maisonneuve.)

Polype du pharynx.

M. Robert donne des nouvelles du malade qu'il a opéré d'un polype du pharynx, et qui se trouve dans l'état le plus satisfaisant. Les suites de cette opération ont été aussi simples que l'opération elle-même avait été compliquée; la réunion s'est faite à la joue par première intention, et a produit une cicatrice régulière. Le seul accident qui soit survenu, c'est un érysipèle de la face; mais il n'a pas offert de gravité. Le malade est presque à la veille de sortir de l'hôpital, et il sera présenté à la Société. On observe peu de difformité extérieure; mais on serait encore embarrassé de savoir si le polype était implanté à la base du crâne ou sur la colonne vertébrale. M. Robert incline toujours à penser que l'implantation avait lieu sur les vertèbres.

Il rappelle qu'un hiatus assez large du voile du palais avait été la conséquence de l'opération. Or il a vu dernièrement, en inspectant la bouche, la réunion exacte de cette division du voile du palais et une cicatrice parfaite, sans qu'aucun moyen chirurgical ait été tenté dans ce but.

M. Robert, en indiquant cette circonstance, cite un fait analogue de M. Nélaton, qui, ayant enlevé une portion de la voûte palatine, trouva deux fois la réunion du voile du palais si étroite qu'il fut obligé de la détruire. C'est un phénomène curieux de voir un organe musculaire comme celui-là aussi disposé à se cicatriser lorsqu'il a été divisé, et cette disposition semble démontrée par les deux faits qui se confirment réciproquement. D'après cette circonstance heureuse, il sera facile d'appliquer un obturateur bien adapté au trou de communication de la cavité buccale avec les fosses nasales.

M. Chassaignac apprécie ce que ce fait offre d'extraordinaire sous certains rapports; mais il pense que l'on peut fort bien le concilier avec la disposition même du voile du palais. Dans son état normal en effet, le voile du palais offre une grande épaisseur qui doit faciliter la réunion, quoique dans

la division congéniale il ait peu de tendance à se cicatriser ; mais alors il est notablement aminci.

M. Lenoir émet une autre opinion. Ne serait-ce pas, selon lui, la paralysie des muscles du voile du palais, par section des nerfs, qui produirait ce résultat? Il n'y aurait plus de rétraction dès lors, et la réunion deviendrait ainsi plus facile.

M. Robert fait observer que la même chose a eu lieu dans le cas de M. Nélaton. Une section médiane avait été faite sans toucher à l'apophyse ptérygoïde; les nerfs du muscle péristaphilin interne ainsi qu'un filet du ganglion otique avaient été ménagés. De plus, au moment où le voile du palais avait été touché, il a offert plus de tendance à se relever. M. Robert n'a pas pu ouvrir la bouche du malade chaque jour, et il a été d'autant plus étonné du résultat de la cicatrisation qu'il avait la certitude d'avoir fendu le voile du palais.

M. Debout considère ce fait intéressant comme propre à juger le procédé de Fergusson pour la staphyloraphie, procédé par lequel les muscles du palais se trouvent coupés.

M. Giraldès a demandé la parole pour deux raisons : il fait remarquer en premier lieu que, dans l'état normal, dans l'état de repos, les deux parties du voile du palais ont de la tendance à se rapprocher de la ligne médiane plutôt qu'à s'en éloigner, et c'est ce qui explique la tendance des réunions spontanées. Cette observation a été faite par M. Roux et l'a conduit à l'invention de la staphyloraphie.

M. Giraldès fait remarquer en second lieu, au sujet de l'assertion de M. Chassaignac, que, chez les individus dont le palais est divisé, les deux parties de cet organe se trouvent plutôt épaissies, hypertrophiées, qu'amincies, comme le prétend M. Chassaignac. C'est un fait qui a été démontré chez un sujet dont le palais fut disséqué par M. Ferguson, chirurgien de King's college hopital. M. Ferguson crut pouvoir expliquer quelques insuccès de l'opération de la staphyloraphie en les attribuant à cet accroissement de puissance des muscles du palais, et, pour détruire cette force, il modifia l'opération de

la staphyloraphie en y ajoutant la section des muscles hypertrophiés, à savoir : le péri-staphylin interne, le palato-staphylin ou pilier postérieur du voile du palais et quelquefois aussi le repli glosso-staphylin. M. Ferguson, à la faveur de cette modification, dit avoir obtenu des succès dans des cas où l'opération avait été sans résultat par le procédé de M. Roux, procédé modifié lui-même par Dieffenbach et par d'autres chirurgiens. M. Ferguson a publié à ce sujet un mémoire (1), une leçon clinique (2) et un travail étendu accompagné d'un grand nombre d'observations (3). M. Giraldès, enfin, a eu occasion de voir à Londres M. Ferguson faire la staphyloraphie par son procédé, et M. Bowman, chirurgien adjoint de King's college hospital, lui a dit l'avoir faite avec succès dans un cas où le procédé de M. Roux avait échoué.

Réunion des déchirures du périnée.

M. Danyau, ayant vu M. Vidal (de Cassis) employer les serres-fines après l'opération du phimosis par circoncision, eut l'idée de les appliquer à la réunion des déchirures du périnée.

Il sait bien que quelquefois ces déchirures se réunissent d'elles-mêmes, et ce fait d'observation lui a fait modifier ses idées pratiques. Mais souvent il survient des obstacles à la réunion si elle n'est pas soumise à un traitement rationnel. Ces obstacles sont de diverse nature, et il suffit de signaler le contact des matières fécales, des urines, des lochies, l'agitation et les mouvements involontaires, le défaut de soins, de propreté, l'irrégularité de la plaie et d'autres conditions défavorables. Cependant, aujourd'hui plus qu'autrefois, M. Danyau évite de pratiquer la périnéoraphie. Une occasion s'est offerte à lui d'employer les serres-fines comme moyen simple

(1) *Medico-chirurgical Transactions*, 1845.

(2) *Medical Times*, 1847.

(3) *London Journal of medecine*, 1849.

à substituer à une opération compliquée. Voici dans quelles circonstances :

Il y a dix jours, une jeune femme accouchée à la Maternité eut une déchirure du périnée, avec entamure anale de la peau ; un seul point de réunion existait, d'un demi-centimètre environ, et une sorte de chevauchement semblait s'opposer à la réunion immédiate. C'était donc un cas favorable à l'emploi des serres-fines. M. Danyau comptait en appliquer vers le vagin et au périnée, mais il se contenta d'en poser quatre au périnée. La réunion superficielle était faite le lendemain, et soixante-cinq heures après, les petites pinces ayant été retirées, M. Danyau introduisit un doigt dans le vagin, et reconnut que toute son épaisseur qui avait été déchirée s'était réunie également. Le périnée se trouvait ainsi bien constitué. L'opération, du reste, fut pratiquée sans difficulté ; la douleur avait été assez faible, car la constriction avec les pinces ordinaires est plus douloureuse qu'avec les serres-fines. Les soins consécutifs indiqués en pareil cas n'ont pas été négligés, et la cicatrisation a été complète.

M. Danyau conclut de ce cas particulier que l'application superficielle des serres-fines lui semblerait suffisante en général.

M. Robert trouve dans cette communication, et surtout dans sa conclusion, un fait frappant, en ce sens qu'une cicatrice profonde peut être obtenue par une réunion superficielle. Il rapporte qu'il a obtenu, par le procédé de M. Roux, un plein succès chez une jeune femme récemment accouchée, qui eut une déchirure du périnée avec complication d'une chute de l'utérus. La suture réussit, avec l'avantage de relever l'utérus abaissé. M. Robert avait engagé cette femme à éviter une nouvelle grossesse, qui survint cependant deux ans après, malgré sa recommandation. Il fit encore l'accouchement, en ayant soin de soutenir fortement le périnée, qui résista ; mais la cloison recto-vaginale fut déchirée assez largement. M. Robert, inquiet de cet accident, craignait une fistule; mais, quel-

que temps après, il trouva toutes les parties en bon état, sans avoir rien tenté dans ce but. Ainsi, la réunion extérieure avait suffi à la cicatrisation profonde. Ce fait peut donc être mis en rapport avec celui de M. Danyau.

M. Danyau a vu des conséquences analogues à celle-là chez des femmes qu'il avait opérées de la périnéoraphie. L'une d'elles, par exemple, opérée par lui, fut accouchée ensuite à l'hôpital des Cliniques par M. Paul Dubois, et une autre le fut à Lourcine par M. Cullerier : toutes deux sans accidents.

Quant à la déchirure de la cloison recto-vaginale, M. Danyau a vu aussi, à la Maternité, une femme qui était accouchée sans rupture du périnée, mais chez laquelle une communication permettait le passage du doigt du vagin au rectum. Le même résultat que chez la malade de M. Robert fut constaté ensuite par une réunion prompte et spontanée. La conclusion à tirer de là, c'est que, dans les cas de ce genre, il y a certainement une tendance marquée à la cicatrisation.

Pseudo-helminthes des sinus frontaux.

M. Morel-Lavallée met sous les yeux de la Société des corps allongés, tubuleux, envoyés par un médecin de province comme étant des vers des sinus frontaux. Le sujet, qui est une femme (comme dans toutes les observations analogues à celle-là), rend ces prétendus vers par le nez, après des douleurs atroces dans les sinus frontaux et des accès convulsifs. « C'était donc, dit M. Morel, une bonne fortune que de pouvoir juger enfin cette existence litigieuse des vers des sinus frontaux. » Il a examiné attentivement ces corps étrangers, et il a constaté qu'ils n'étaient autres que des fragments de vaisseaux analogues à ceux d'un oiseau, tel que le pigeon, avec leurs membranes et leurs caractères propres, y compris l'origine des ramuscules collatéraux.

M. Maisonneuve fait observer qu'à la dernière séance M. Morel avait déjà présenté, officieusement il est vrai, ces prétendus vers.

Gangrène sénile.

M. Chassaignac lit un mémoire sur la gangrène sénile et sur les altérations anatomiques du système artériel dans ce genre de maladie. Il rapporte deux cas observés par lui, l'un à la Charité, l'autre à Saint-Antoine.

Il s'agit, dans le premier cas, d'un homme âgé de cinquante-sept ans, atteint d'une gangrène de l'avant-bras droit, et chez lequel la cessation du pouls fut constatée pendant douze jours dans toutes les artères, excepté dans les carotides. L'autopsie démontra des altérations inflammatoires dans les cavités gauches du cœur et dans l'ensemble du système artériel, avec exiguïté notable des vaisseaux.

Le second cas est relatif à un homme âgé de soixante-dix-huit ans, dont le pied était frappé de gangrène. M. Chassaignac amputa la jambe au-dessus des malléoles avant que cette gangrène fût bornée ; mais elle envahit le moignon, et bientôt le malade succomba. L'autopsie fit reconnaître une ossification des artères de la jambe et de l'artère poplitée, ainsi qu'un développement de concrétions calcaires jusque dans les veines. L'artère crurale était saine.

M. Chassaignac, en présentant la pièce anatomique de cette deuxième observation, entre dans quelques détails sur l'amputation, et croit utile de la pratiquer avant la délimitation de la gangrène, avec la précaution essentielle de porter le couteau sur la partie du membre où non-seulement la vitalité existe, mais surtout encore où les battements artériels se font sentir.

Il cite enfin, à l'appui de son opinion, la pratique que Larrey avait établie en principe.

Après cette lecture, incomplétement analysée, de M. Chassaignac, M. H. Larrey exprime l'intention de faire quelques remarques sur la question soulevée au sujet de l'amputation.

M. LE PRÉSIDENT, vu l'heure avancée, ajourne à la prochaine séance la discussion du mémoire qui vient d'être lu.

La séance est levée à cinq heures un quart. H. L.

Séance du 21 *novembre* 1849.

Présidence de M. DEGUISE père.

Correspondance.

M. LE SECRÉTAIRE appelle l'attention de la Société sur la lettre qui lui a été adressée récemment par l'Académie chirurgicale de Madrid, afin de savoir quelle réponse devra être faite à l'honorable proposition de cette Académie.

M. GOSSELIN demande qu'une commission soit nommée à l'effet d'apprécier la valeur de cette proposition et le sens de la réponse qu'elle mérite. (Appuyé.)

M. LE PRÉSIDENT désigne en conséquence une commission, composée de MM. Giraldès, Gosselin, Morel-Lavallée et Danyau, pour examiner la question et en faire un rapport.

M. MICHON, retenu chez lui par une indisposition, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

M. LOIR, retenu loin de Paris pour donner des soins à une personne de ses plus proches parentes, demande un congé de deux mois. — Accordé.

Amputation des membres dans les cas de gangrène.

La discussion est ouverte sur le mémoire lu par M. Chassaignac à la fin de la dernière séance, et M. Larrey déjà inscrit a la parole.

« Je désire, dit-il, soumettre à la Société quelques réflexions sur certains points du mémoire de M. Chassaignac relatif à l'amputation dans les cas de gangrène. Qu'il me soit permis d'abord de faire observer à notre honorable collègue qu'il a, ainsi que d'autres chirurgiens d'ailleurs, prêté à mon père une idée pratique qu'il n'avait pas en disant que Larrey

avait conseillé d'une manière générale d'amputer le membre avant que la mortification fût limitée, et en laissant supposer même qu'il procédait de cette façon pour la gangrène sénile. C'est là une erreur que je crois de mon devoir de rectifier. Mon père ne faisait ainsi que dans les cas de gangrène traumatique et non point dans ceux de gangrène dite spontanée, car il reconnaissait à cet égard une grande différence entre l'une et l'autre, la première n'étant due le plus ordinairement qu'à des causes locales, la seconde, au contraire, étant soumise à des conditions générales ou éloignées; autant il s'empressait d'agir avant que la gangrène traumatique fût bornée, autant il recommandait d'attendre la délimitation nécessaire de la gangrène spontanée.

» Ce fut en 1796, à Toulon, que Larrey fit pour la première fois l'amputation d'un membre avant la délimitation de la gangrène traumatique; il coupa la jambe d'un soldat blessé au pied; le succès surpassa ses espérances, et bien souvent depuis il a opéré de même avec autant d'avantage. « J'ai vu M. Larrey, dit le professeur Marjolin (1), pratiquer des amputations sur des membres frappés de gangrène avant que la ligne de démarcation fût bien établie; cette méthode était couronnée de succès. »

» Guthrie, Dupuytren, Lisfranc, Blandin, M. J. Cloquet et d'autres ont agi de même et obtenu d'heureux résultats; tandis que, si en pareil cas on diffère d'opérer jusqu'à ce que la mortification soit bornée, comme le prescrivaient du reste Boyer, Richter, Thomson, A. Cooper et d'autres aussi, on doit craindre la marche envahissante de la gangrène et l'impossibilité d'amputer ensuite, parce qu'il est trop tard.

» Cependant, dit M. Larrey, et pour concilier s'il est possible ces deux principes contraires, appuyés chacun sur de hautes autorités chirurgicales, reconnaissant d'ailleurs les inconvénients réels de l'amputation faite avant une délimitation

(1) Cours de pathologie chirurgicale à la Faculté de Médecine.

franche, il m'a semblé utile d'établir la proposition suivante pour les cas de gangrène traumatique :

» 1° Différer l'amputation ou attendre que la gangrène soit bornée par une inflammation éliminatrice, si l'extrémité libre ou la plus éloignée du membre est seulement frappée de mortification ;

» 2° Pratiquer promptement l'amputation avant que cette gangrène soit limitée, si elle intéresse ou a déjà envahi une partie du membre plus rapprochée du tronc.

» J'ai soutenu cette proposition depuis une dizaine d'années dans mon cours de pathologie chirurgicale au Val-de-Grâce.

» Enfin, dit M. Larrey, dans les cas où la gangrène reconnaît pour cause des conditions de vieillesse ou des maladies de l'appareil circulatoire, non-seulement l'amputation ne doit pas être faite avant que la mortification soit bornée, mais dans ces conditions mêmes elle échoue trop souvent, et l'anatomie pathologique révèle alors de profondes altérations. J'ai assisté mon père dans une amputation faite par lui à regret chez une dame de cinquante et quelques années atteinte d'une gangrène sénile du pied, qui s'était délimitée au tiers inférieur de la jambe. L'amputation fut pratiquée au-dessous du genou en présence de M. Amussat, et la gangrène envahit le moignon ; la malade succomba, et à l'autopsie nous trouvâmes les artères tibiales et péronière presque entièrement oblitérées.

» La même année (1838), à ma connaissance, Lisfranc s'est abstenu d'amputer un jeune homme d'une assez bonne constitution, mais qui était parvenu en peu de temps à un degré d'obésité notable. Il avait une gangrène du pied qui paraissait due à une lésion générale du système vasculaire ; il mourut, et, à l'autopsie, on reconnut une oblitération de toutes les artères des extrémités. L'amputation aurait-elle prévenu un pareil résultat ?

» Je pourrais citer un cas analogue au précédent que j'ai observé en 1844 au Val-de-Grâce, et on en signalerait sans

doute bien d'autres, s'il le fallait, pour démontrer l'insuffisance de l'amputation, dans certains cas de gangrène sénile ou spontanée, soit après, soit, et à plus forte raison, avant les limites fixes de la mortification.

» Il est juste de dire enfin que l'on a réussi quelquefois en agissant d'après des principes contraires ; mais il faut considérer ces faits-là comme tout à fait exceptionnels. »

M. Chassaignac ne voulait pas établir dans son travail que l'on dût amputer dans les cas de gangrène sénile avant la délimitation du mal, quoiqu'il l'ait fait une fois et qu'il soit disposé à le faire encore; ce qu'il a voulu établir, c'est l'importance d'amputer seulement dans une partie où les battements artériels seraient bien appréciables. Le fait qu'il a cité le porte à croire que, si, au lieu d'amputer au-dessus des malléoles, il eût remonté jusqu'à la cuisse, il aurait pu réussir, là où l'artère principale du membre n'était pas oblitérée. On sait que la gangrène sénile a trop de chances de faire des progrès incessants ; de là une gangrène sans limitation, et la nécessité d'une amputation bien au-dessus des traces du sphacèle. M. Chassaignac croit donc que, dans des conditions semblables, on peut essayer d'amputer; et s'il ne résout pas la question, il croit aussi que l'on ne doit amputer, comme il l'a déjà dit, que lorsqu'on peut sentir les battements artériels. Il n'ajoute rien à cette remarque, parce qu'il a produit dans son mémoire beaucoup de détails pour la discussion.

M. Robert est étonné de voir M. Chassaignac soutenir une proposition opposée à l'opinion généralement admise en chirurgie, d'autant que les résultats des deux faits cités par M. Chassaignac sont contraires à cette proposition.

« Il y a, dit M. Robert, deux gangrènes spontanées : celle des vieillards, ou la gangrène sénile par ossification ; et la gangrène par artérite ou par inflammation, qui se rencontre plutôt chez les jeunes gens. Pour celle-ci, M. Chassaignac aurait raison peut-être ; mais il s'exagère assurément l'importance des battements artériels. »

M. Robert a vu, il y a une quinzaine d'années, à l'Hôtel-Dieu, une femme atteinte d'une gangrène du bras, chez laquelle les battements avaient cessé dans l'artère brachiale, et qui guérit par une délimitation spontanée. Or, il aurait fallu l'amputer bien haut, d'après les idées de M. Chassaignac.

M. Robert a vu encore à l'Hôtel-Dieu, dans le service de Sanson, un homme qui ne perdit que les extrémités des doigts par le fait d'une gangrène spontanée, et chez lequel néanmoins l'artère principale du membre, ne présentant plus de battements, semblait annoncer l'extension progressive de la gangrène.

« Il paraît, ajoute M. Robert, qu'au Mexique règne endémiquement une artérite spontanée, dont l'étiologie laisse beaucoup d'incertitude; elle affecte les extrémités, y détermine des douleurs vives et fait des progrès assez rapides. L'amputation prématurée, faite d'habitude, garantit des guérisons fréquentes. J'ai vu, avec M. Velpeau, un négociant de Mexico dans ce cas-là. C'était un jeune homme chez lequel il y avait absence du battement de l'artère fémorale depuis la partie moyenne du membre; on y percevait seulement, à l'auscultation, un bruit de râpe assez marqué: les symptômes d'une artérite étaient bien reconnaissables, avec imminence de mortification. Un traitement antiphlogistique prévint la gangrène et prépara la guérison; mais le résultat définitif de cette observation nous est resté ignoré. »

Ainsi, dans la gangrène par artérite, désignée sous le nom de gangrène momifique par Delpech, on devrait bien se garder de rechercher la hauteur où les battements artériels existent pour en déduire la nécessité d'amputer dans ce point.

M. François et, d'après lui, A. Bérard et M. Denonvilliers ont établi, démontré que, dans les cas de gangrène sénile, lors même qu'elle est limitée, l'amputation, cependant faite après, présente plus de chances défavorables que si le sphacèle du membre avait été abandonné à lui-même.

« Ainsi, en résumé, dit M. Robert, il faut bien distinguer

ces deux espèces de gangrène. Il y a prudence à attendre que la mortification soit limitée dans la gangrène par artérite ; et pour la gangrène sénile, il ne faut pas même soulever cette question, parce qu'elle est jugée. On ne doit pas amputer alors prématurément. »

M. Giraldès se proposait d'adresser à M. Chassaignac quelques-unes des objections que lui a faites M. Robert, mais c'eût été plus pour les membres inférieurs que pour les membres supérieurs. « Ainsi, dit-il, si on ne se guide, pour amputer, que d'après les battements artériels, remontera-t-on jusqu'à l'aine pour désarticuler la cuisse dans le cas où la circulation aurait cessé dans la crurale, tandis que, continuant de le faire par la fémorale profonde, elle suffirait à la nutrition du membre ? Voilà comment votre principe est en défaut. »

M. Maisonneuve, sans répéter non plus une partie de ce qui a été dit par M. Robert, objecte à M. Chassaignac qu'il semble ne pas connaître les cas dans lesquels la gangrène se limite spontanément. Tous les chirurgiens en ont observé des cas, et lui aussi en a vu d'assez nombreux exemples à Bicêtre et à la Salpêtrière. Ainsi, un cercle évident de délimitation se forme et favorise des guérisons spontanées qui ne sont pas rares. Il s'agit seulement alors d'achever l'amputation plutôt que de la faire. « Donc, dit M. Maisonneuve, M. Chassaignac n'est pas dans le vrai en considérant la guérison spontanée comme inouïe. »

M. Huguier va citer un fait à l'appui de l'opinion généralement soutenue par les chirurgiens. Il croit cependant, comme M. Chassaignac, à la nécessité de remonter un peu haut, si l'amputation l'exige, malgré les difficultés d'y réussir toujours, en accordant aux battements artériels une trop grande importance.

« J'ai vu, en 1827, dit M. Huguier, lorsque j'étais interne de M. Baffos, à l'hôpital des Enfants, un petit garçon qui, à la suite d'une fièvre intermittente, fut atteint d'une gangrène du pied gauche. Un cercle érysipélateux s'était formé, et déjà

le sillon éliminatoire apparaissait. M. Baffos amputa cet enfant au dessous du genou ; il n'eut pas une seule ligature à faire, et il réunit la plaie. La gangrène envahit consécutivement le moignon, et se déclara dans le pied droit ; la mort arriva, et à l'autopsie on reconnut une oblitération complète de toutes les artères des membres inférieurs. Il n'y avait donc rien à tenter ici. » (M. Huguier a publié cette observation dans les *Archives.*)

La distinction qui a été déjà faite de la gangrène spontanée lui semble fort juste. Chez l'enfant dont il a cité l'observation, on ne put constater la moindre trace d'inflammation; le sang était coagulé dans les artères, et rien de plus.

M. Huguier enfin s'est demandé si la gangrène ne pouvait être produite par une altération du sang avec oblitération des artères.

M. Guersant a observé que la gangrène spontanée n'est pas rare chez les enfants. Il en ampute chaque année pour des cas de ce genre, mais seulement lorsque la gangrène est bornée, et alors l'opération ne fournit presque pas de sang. Ainsi, M. Guersant a dû amputer les deux cuisses à une petite fille; et malgré cette double mutilation, il ne vit pas d'écoulement de sang. Il fit cependant, de chaque côté, la ligature de la fémorale par précaution. La gangrène se reproduisit dans chaque moignon, et la mort de cette malheureuse enfant eut lieu le huitième jour. A l'autopsie, on ne trouva dans les artères que de simples caillots, en rapport avec une petite couche de matière puriforme, sans autre signe d'artérite.

« L'amputation, dit M. Guersant, serait plus favorable, en effet, si les battements artériels étaient toujours sentis au-dessus. Il y a dans ces cas-là, comme l'a dit M. Huguier, une altération de sang; et ainsi, cette gangrène est bien différente de la gangrène des vieillards. »

M. Lenoir croit que, dans les recherches étiologiques de la gangrène, il faut souvent remonter plus haut pour en trouver la cause. Il a entendu Béclard, en 1822, attribuer certains

cas de gangrène à une altération du cœur, admettant aussi un état de flaccidité, de décoloration de cet organe, et Béclard avait considéré plusieurs fois de telles conditions comme cause prédisposante de gangrène spontanée.

« Il y a donc, dit M. Lenoir, peu de chose à faire dans ces cas-là, malgré même la persistance des battements artériels. »

M. Vidal (de Cassis) veut dire seulement, ou rappeler que cette influence des maladies du cœur sur le développement de la gangrène a été signalée par tous les auteurs.

M. Morel-Lavallée reconnaît que dans les traités de chirurgie cela a été dit, mais sans les indications précises qui seraient nécessaires. Il demande si cette opinion de Béclard était fondée seulement sur l'inspection du cœur à l'autopsie, ou bien si l'affaiblissement de cet organe avait été constaté sur le vivant par la diminution de l'impulsion et des bruits du cœur, et par la petitesse du pouls. Ce contrôle paraît nécessaire à M. Morel pour établir l'affaiblissement dynamique du cœur.

M. Vidal répond que l'on a spécifié cette influence sans en savoir la nature.

M. Giraldès dit que la gangrène qui survient ainsi dans les affections du cœur lui semble avoir été rapportée à la stase du sang veineux.

M. Huguier appuie cette opinion, et y ajoute autre chose; c'est que vers la fin de la maladie on constate, le plus ordinairement, en effet, une gêne de la circulation et de l'œdème.

M. Chassaignac répondra quelques mots seulement aux diverses objections qui lui ont été faites. Il répète qu'il n'a pas voulu établir la nécessité de l'amputation avant la délimitation de la gangrène, quoiqu'il ait agi ainsi et proposé de le faire, mais avec réserve. L'idée qui a dominé son esprit dans cette question a été de savoir si un foyer gangréneux pouvait impunément rester en contact avec des tissus sains. « Or, dit-il encore, si cette gangrène ne se limite pas, des zones successives envahissantes se développeront avec un foyer putride

de mortification ; et dans ces cas-là, le chirurgien sera autorisé à amputer. »

M. Chassaignac déclare qu'il s'est accusé lui-même d'avoir amputé comme il l'a fait, et il accepte très volontiers le principe de l'abstention. Il faut peu de chose, dit-il, pour entretenir la vitalité dans les parties. Ainsi, dans l'un des deux cas rapportés par lui, on a trouvé des caillots obturateurs dans les deux sous-clavières, et cependant la gangrène ne s'était développée que d'un seul côté ; mais alors aussi il y a insuffisance pour subvenir aux besoins d'une amputation.

M. Robert, ajoute M. Chassaignac, a dit qu'agir ainsi c'était « commettre une imprudence ; mais alors lorsque Larrey a pour la première fois pratiqué l'amputation avant la délimitation de la gangrène traumatique, on aurait pu lui reprocher aussi de l'imprudence. »

Quant à lui, M. Chassaignac n'a jamais vu de cas offrant des caillots adhérents sans artérite. La pièce qu'il pourrait présenter de nouveau en montre un exemple.

« M. Maisonneuve, dit-il, a prétendu que la gangrène était fréquente chez les vieillards ; peut-être cette fréquence a-t-elle été vue par M. Maisonneuve ; mais elle ne l'a pas été par les autres chirurgiens. »

M. Maisonneuve répond qu'il a voulu dire seulement la fréquence, non pas de la gangrène elle-même, mais de sa délimitation.

M. Chassaignac suppose qu'il y a presque toujours dans la gangrène sénile une altération du cœur. Ainsi le cœur était hypertrophié dans les cas qu'il a rapportés.

M. Guersant, dit-il, a appuyé son opinion d'amputer dans une partie où les battements artériels se font sentir, et c'est là un point auquel on ne fait peut-être pas assez d'attention.

M. Guersant ne croit pas avoir appuyé l'opinion de M. Chassaignac. Il a seulement dit que chez les enfants une cause de l'altération du sang pouvait exister avec récidive de la gangrène.

M. Chassaignac réplique une dernière fois que l'on ne peut contester dans la perception des battements artériels une garantie de plus en faveur de l'amputation.

Ablation d'un polype fibreux de l'utérus.

M. Guersant fait une communication sur un cas qu'il reconnaît être assez commun, mais qui ne lui semble pas dépourvu d'intérêt. Ce fait est relatif à un de ces corps fibreux de l'utérus, dont les conditions peuvent offrir, comme on le sait, des variétés notables.

Il a été appelé, il y a cinq semaines, hors de Paris, auprès d'une dame qui depuis sept ans était sujette à des douleurs vives dans la région utérine et à des hémorrhagies fréquentes; mais, malgré un tel état de souffrance, la malade n'avait jamais pu jusque-là se résoudre à se laisser examiner. Son médecin, M. Leclerc (de Senlis), la décida enfin à se soumettre à une exploration nécessaire; et en la touchant, il reconnut l'existence d'une tumeur fibreuse engagée dans le col utérin. Un polype fut diagnostiqué aussi par M. Guersant, qui avait projeté d'en faire l'ablation le lendemain; mais auparavant il prescrivit des pilules d'ergotine à dix grains; quelques tranchées utérines se déclarèrent dans la nuit, et rendirent la tumeur plus saillante dans le vagin; elle fut saisie avec un petit forceps, mais assez difficilement (la malade était une fille de trente-sept ans, dont la vulve se trouvait assez étroite). Des tractions nouvelles furent exercées avec des pinces de Museux, et la tumeur se détacha enfin; elle représentait un corps fibreux d'un volume assez considérable. La malade, revue par M. Leclerc, va bien, et n'a pas éprouvé d'accidents.

M. Chassaignac pense que l'action du forceps employé par M. Guersant prouve l'utilité du morcellement préalable de ces tumeurs proposé par lui, afin d'éviter des manœuvres fâcheuses.

M. Maisonneuve croit, de son côté, que l'on peut extirper des tumeurs assez volumineuses sans les morceler, et sans en

exciser des tranches, mais en les entamant, en les divisant de manière à pouvoir les déployer et les allonger en quelque sorte. C'est ainsi que dernièrement il a enlevé une grosse tumeur de ce genre, après s'être servi du forceps, mais sans effet. La tumeur divisée s'est allongée, déployée ; elle a enfin été extraite avec facilité.

M. Huguier ne conteste pas l'efficacité du moyen mis en pratique par M. Maisonneuve, en faisant d'abord une section et d'autres successivement pour attirer la tumeur au dehors. Cela peut être bon, dit-il, pour enlever des tumeurs peu volumineuses ; mais si elles sont grosses, et à plus forte raison si elles sont énormes, comme celle qu'il a extirpée lui-même une fois et qui avait le volume d'une tête d'adulte, on ne parviendrait à les détacher qu'en les coupant par morceaux. C'est ce qu'il a été obligé de faire dans ce cas particulier. M. Huguier conclut de là qu'il faut conserver les deux méthodes.

M. Chassaignac considère l'idée d'évider les tumeurs fibreuses comme très simple. C'est d'après ses indications que pour la première fois ce moyen fut mis en usage à la Pitié par M. Velpeau, chez une femme épuisée par des pertes abondantes. M. Velpeau était disposé à faire une incision en arrière pour faciliter la séparation de la tumeur, lorsque M. Chassaignac lui conseilla d'essayer le morcellement, qui eut le plus heureux résultat.

Cette discussion étant close, la séance est levée à cinq heures.

Séance du 29 *novembre* 1849.

Présidence de M. Deguise père.

De la grenouillette.

M. Danyau, chargé d'examiner un mémoire de M. A. Forget sur la grenouillette, donne lecture de son rapport. Partisan déclaré de l'opinion qui attribue la grenouillette à la dilatation du conduit de Warthon, l'auteur a rassemblé, pour ap-

puyer cette étiologie, des arguments de tout genre puisés dans l'anatomie normale, l'observation, l'analogie, le raisonnement, l'anatomie pathologique.

M. le rapporteur les passe successivement en revue, et tout en reconnaissant l'habileté avec laquelle ils sont présentés, démontre leur insuffisance. Il regrette surtout que l'anatomie pathologique n'eût pas encore jeté plus de lumière sur une question qu'elle semble appelée à trancher, et qu'elle tranchera sans doute un jour. Les faits de cet ordre invoqués par M. Forget laissent à désirer : ils ne sont pas suffisamment précis ; le vague se trouve là où précisément on s'attendait à voir paraître la preuve démonstrative et sans réplique.

Passant à la seconde partie du mémoire, consacrée à la description d'une ingénieuse modification du procédé stomatoplastique de M. Jobert, et aux détails de deux cas dans lesquels ce procédé a été appliqué avec un succès complet et définitif, M. le rapporteur indique en quoi consiste le perfectionnement imaginé par l'auteur. Enlever par une dissection soignée, et sans toucher au kyste salivaire, toute la muqueuse qui le recouvre ; inciser le kyste dans toute sa longueur d'arrière en avant ; sur la partie moyenne de chacun des bords de cette incision, en pratiquer une nouvelle, de manière à avoir quatre lambeaux triangulaires, dont, à l'aide de points de suture, on réunit le sommet et l'un des bords à la muqueuse : tels sont les différents temps d'une opération dont le but évident est de rétablir le cours de la salive en formant une large ouverture qui devra demeurer béante. Idée incontestablement fort ingénieuse, et qui a pour elle maintenant la sanction de l'expérience. Sans dissimuler les difficultés, les longueurs et la douleur probablement assez vive de cette opération nouvelle, et tout en faisant remarquer qu'elle ne dispense pas de cautérisations plus ou moins répétées et de soins multipliés pour s'opposer à l'oblitération du kyste, M. le rapporteur donne au procédé de M. Forget les éloges qu'il mérite, et termine par les conclusions suivantes :

1° Adresser à l'auteur des remercîments pour son intéressante communication;

2° Renvoyer son mémoire au comité de publication ;

3° Répondre par un vote favorable à la demande d'admission qu'il a adressée à la Société.

M. Gosselin s'associe volontiers à M. Danyau, et approuve les réflexions scientifiques de son rapport; mais il pense que le fait anatomique n'est peut-être pas encore assez concluant. Il demande si, dans les cas où la tumeur coïncide avec une oblitération du canal de Wartbon, on peut voir sortir la salive. L'orifice du conduit est tellement fin qu'il échappe aisément à toute exploration. Il l'a recberché, quant à lui, attentivement sur un malade, et par un pertuis de la tumeur il a positivement vu sortir un jet de salive. Il conclut de là qu'il y a peu de probabilité d'une tumeur formée aux dépens du canal de Warthon, et qu'il est impossible de faire sortir la salive par une pression directe. Enfin, il n'a pas pu davantage, avec le stylet le plus fin, avec celui d'Anel, par exemple, pénétrer dans cet orifice, cependant bien visible, et il explique cette difficulté absolue par la disposition anatomique du repli de la membrane muqueuse, et par les mouvements imprimés à la tumeur elle-même.

M. Robert n'a rien à dire sur l'excellent rapport de M. Danyau, dont il approuve les conclusions; mais il tient à faire observer que l'opinion de M. Forget ne peut se résoudre que par des faits, car ceux qui lui appartiennent ne sont pas concluants. L'opinion de M. Forget se trouve opposée à la physiologie des conduits, dont la dilatation est quelquefois très étendue, sans se prononcer davantage ou exclusivement dans un point limité.

M. Robert croit se rappeler que Dupbénix avait tenté de comprimer le conduit de Sténon; et par le fait de cette compression il avait vu sourdre le liquide salivaire.

Qu'arrive-t-il dans le canal de Wartbon oblitéré? On y a trouvé plusieurs fois des concrétions; et d'autres fois il est le

siége d'une inflammation qui tend à se propager à la glande sous-maxillaire.

Boyer, dit M. Robert, rapporte une observation d'oblitération accidentelle du conduit de Warthon, avec tuméfaction de la glande sous-maxillaire. Ainsi, ce n'est pas ce canal qui se développe dans la grenouillette, mais la tumeur est constituée par une inflammation avec gonflement de la glande; et cela existe, en général, lorsque le conduit naturel se trouve oblitéré. Par conséquent, et en attendant de nouvelles expériences, l'opinion soutenue par M. Forget se trouve contraire à la physiologie.

M. Robert a employé deux fois le procédé de M. Jobert, et il a échoué une fois. Ce procédé, du reste, est difficile, et il laisse une petite ouverture qui tend à s'oblitérer.

M. Maisonneuve se joint à M. Robert, et corrobore son opinion contre celle qui est soutenue par M. Forget.

Chez un malade auquel il avait enlevé un petit calcul du canal de Warthon, il a vu survenir des accidents qui paraissaient dus à une grenouillette. Cette affection lui paraît être incontestablement un kyste développé sous la membrane muqueuse; et la preuve que la tumeur est indépendante des voies salivaires, c'est qu'elle peut guérir par une injection.

Y a-t-il, demande M. Maisonneuve, une seule preuve pour l'opinion contraire? Non, il n'y en a pas. Jean-Louis Petit, qui a écrit de très belles choses en chirurgie, a placé le siége de la grenouillette dans les voies salivaires; c'est depuis lui qu'on a voulu faire croire que la grenouillette était due à la dilatation du canal de Warthon, et cette allégation est restée sans preuves suffisantes.

M. Maisonneuve insiste, malgré le rapport, sur ce point fondamental, que, pour établir une théorie nouvelle, il faut des faits à l'appui.

M. Chassaignac pense que la question essentielle est de distinguer l'oblitération complète de l'oblitération incomplète du conduit de Warthon. On ne peut contester la dilatation des

conduits d'une manière générale ; la distension des uretères en est un exemple. On ne doit donc pas nier la dilatation du conduit de Warthon; il en a vu un cas bien évident, et il ne va pas aussi loin que ceux qui disent : Cela n'est pas , parce que cela n'est pas démontré.

M. Chassaignac a observé le fait dont il veut parler à l'hôpital Necker, en 1834, lorsqu'il y remplaçait M. Lenoir. Un homme présentait dans la région sublinguale une tumeur avec le signe d'une rétention salivaire. Un calcul fut reconnu, et par le fait de ce calcul le canal de Warthon se trouvait dilaté; des accidents de rétention survinrent lorsque la dilatation fut absolue.

M. Chassaignac pense donc que le canal de Warthon, comme tous les canaux excréteurs, est susceptible de dilatation, quoiqu'il offre des difficultés réelles à l'exploration, comme l'a constaté M. Gosselin. Il a vu dernièrement chez une jeune fille une grenouillette dont il a constaté l'orifice avec un stylet d'Anel; mais en fendant la tumeur il l'a perforée en arrière. Elle s'est affaissée d'abord, puis reproduite ; son orifice antérieur était resté libre, mais l'ouverture postérieure s'était fermée.

M. Maisonneuve trouve le fait de M. Chassaignac très intéressant; mais il ne lui semble pas complet. Il serait propre à décider la question, si quelques détails nécessaires ne lui manquaient, notamment sur l'aspect de la tumeur, etc.

M. Maisonneuve n'a jamais prétendu d'ailleurs que la dilatation du conduit de Warthon fût impossible, il a dit seulement qu'elle n'était pas prouvée.

M. Chassaignac répond qu'il ne saurait donner de détails assez précis sur cette tumeur sous-maxillaire. Il en a publié l'observation en 1844 dans la *Gazette médicale*. Il se rappelle seulement qu'après la sortie du calcul le stylet se trouvait mu facilement dans la poche; mais il ne se rappelle pas s'il y avait de la transparence.

M. Maisonneuve, d'après cette réponse, dit que dès lors le

fait n'est plus extraordinaire, parce que les tumeurs de cette nature n'ont point de rapports avec la grenouillette.

M. Robert demande, pour renseignement, si la tumeur était inflammatoire.

M. Chassaignac répond que oui.

M. Giraldès pense que la question est à décider par la dissection. La manière dont cette question a été posée par M. le rapporteur est la seule qui puisse la résoudre. « Si M. Robert, dit-il, prétend que les canaux excréteurs ne peuvent se dilater, il ne peut cependant contester les faits contraires à son opinion. Dans la glande mammaire, par exemple, les dilatations partielles sont évidentes. On a négligé aussi jusqu'à présent l'analyse chimique et l'examen microscopique, comme signes diagnostiques des tumeurs sublinguales; car le liquide de la grenouillette est un liquide filant, albumineux, comme celui des tumeurs sous-maxillaires. Ce sera donc une occasion à saisir pour en savoir davantage, par les recherches indiquées. »

M. Huguier n'apporte aucun fait à la discussion; mais il fait observer aussi qu'un conduit dilaté peut donner lieu à de la tuméfaction. Que ce soit autrement pour le canal de Warthon, peut-être; mais on ne doit pas généraliser ce qui semblerait exceptionnel. N'a-t-on pas vu des exemples de dilatation des canaux hépatique et cholédoque sans engorgement du foie, les uretères dilatés aussi partiellement, et d'autres conduits encore? M. Huguier a étudié, décrit la glande vulvo-vaginale, et constaté la dilatation de ses conduits, sous forme de kystes, qui sont assez fréquents. Il pourra en présenter un exemple saillant qu'il a observé sur une vache, dont le canal vulvo-vaginal est très développé. Voilà ainsi les conduits excréteurs du foie, des reins, des mamelles et de la glande vulvo-vaginale susceptibles de se développer sans engorgement.

M. Morel-Lavallée, parlant de l'opération de la grenouillette, fait observer que la modification la plus ingénieuse du procédé de M. Jobert a été passée sous silence par l'auteur du

mémoire et par le rapporteur. C'est la modification introduite par M. Ricord, et qui consiste à passer deux fils en croix dans les parois du kyste avant de l'ouvrir. Le kyste ouvert, les fils sont coupés au niveau de leur entre-croisement, et quatre nœuds mettent en contact avec eux-mêmes les bords avivés et renversés de la poche. On comprend, dit M. Morel, tout ce que cette modification apporte de facilité dans l'exécution de l'opération.

Quant au procédé de M. Jobert, tout en reconnaissant ce qu'il a d'ingénieux, on ne peut s'empêcher d'avouer en même temps qu'il ne tient pas ce qu'il avait promis. La tendance au rétrécissement de l'ouverture se place sur le même niveau que l'excision simple, qui, d'après les faits, offre les mêmes résultats, même tendance au rétrécissement, dont on triomphe par les mêmes moyens dans les deux cas. M. Morel ajoute qu'il a sondé une fois le canal de Warthon, qui passait à côté de la tumeur. L'injection iodée lui paraît enfin devoir être la véritable méthode de traitement.

M. Lenoir, sans vouloir prolonger la discussion, signale un fait soumis à son observation, et qui semble devoir être considéré comme une grenouillette par dilatation du conduit de Warthon.

Le traitement lui semble aussi devoir être apprécié avec soin. Il blâme la méthode du séton, telle qu'on l'a agitée, parce qu'il en résulte une fétidité extrême de la bouche. Il opère en général par deux ponctions avec la lancette; il fait évacuer le liquide de la tumeur; il y met un fil de plomb passant par les deux ouvertures, recourbe ce fil de plomb en anneau, il en réunit les deux extrémités, et il maintient le fil en place jusqu'à ce qu'une ouverture fistuleuse soit établie. M. Lenoir a toujours vu ce moyen déterminer une inflammation plus ou moins profonde, qui se calme cependant et finit par se dissiper. Il a vu quelquefois aussi se former autour du fil de plomb des dépôts calcaires qui en gênent l'extraction. C'est

afin de diminuer cet inconvénient qu'il a soin de changer le fil de temps à autre.

M. Larrey, en recueillant les notes de cette discussion, l'a écoutée d'autant plus attentivement, que, par une de ces coïncidences qui ont frappé l'attention de tous les praticiens, il a reçu dans son service, au Gros-Caillou, et à peu d'intervalle l'un de l'autre, deux malades affectés de grenouillette.

Chez le premier, la tumeur, siégeant au côté gauche du frein de la langue, avait le volume d'une noisette. Une forme allongée, une consistance molle, fluctuante, sont les signes en un mot des tumeurs sublinguales formées par l'accumulation d'un liquide.

M. Larrey l'a opérée par excision de la paroi antérieure. Le lendemain il a cautérisé le fond de la paroi postérieure, afin de prévenir plus sûrement une récidive. Le liquide qui s'est écoulé était bien semblable à celui de la vraie grenouillette, c'est-à-dire visqueux, filant, albuminoïde. Les parois de la tumeur, examinées ensuite avec soin, n'ont offert que les caractères d'un kyste, sans aucune trace appréciable du conduit de Warthon, et la cicatrisation s'est faite très rapidement.

Chez le second malade, entré récemment à l'hôpital, la tumeur, située à droite du frein, existe depuis six mois sans cause appréciable; très petite au début, elle a acquis le volume d'une noix, et offre les mêmes caractères que la précédente; de plus, elle est comme musculeuse dans deux points de la face antérieure et bien manifestement transparente. Elle détermine enfin de la gêne dans les mouvements de la langue, dans la mastication et dans les phonations. Elle a déjà été incisée deux fois à l'infirmerie régimentaire; mais, après chaque ouverture, elle s'est reproduite promptement.

Nous y avons recherché en vain jusqu'ici l'orifice du conduit de Warthon.

M. Larrey, avant de se décider à opérer ce second malade, serait bien aise d'avoir l'avis de ses collègues sur la méthode à suivre, afin de trouver ainsi l'occasion d'éclaircir, s'il lui est

possible, quelques points obscurs de la question. Il se propose, par exemple, de rechercher si le conduit salivaire est ou non intéressé dans la tumeur, et il aura soin de faire faire l'analyse chimique et l'examen microscopique du liquide évacué.

Quant au choix de l'opération, M. Larrey accepterait volontiers l'emploi du fil de plomb, tel que M. Lenoir vient de l'indiquer, si M. Lenoir lui-même n'en avait signalé les inconvénients, et le moindre n'est pas la longueur extrême du traitement.

Il préférerait encore l'excision, comme étant la méthode la plus simple et la plus sûre, si on ne lui donne un autre avis.

M. Vidal, en raison de l'intérêt qui s'attache à cette question, propose à M. Larrey de disséquer et d'extirper la tumeur, en partie du moins, afin de mieux en examiner la nature.

M. Chassaignac, partageant cet avis, croit cependant que M. Larrey devrait essayer l'énucléation, car ce serait la méthode la meilleure si elle était praticable.

M. Guersant dit qu'il est inutile de faire des expérimentations longues et difficiles. Il ne connaît pas de meilleur moyen que le séton composé de trois ou quatre fils de soie : il le laisse en place pendant cinq ou six semaines, et obtient des guérisons qui ne lui ont pas encore fait défaut dans un seul cas sur douze ou quinze opérations qu'il a faites ainsi. M. Guersant, d'ailleurs, n'a fait qu'imiter M. Laugier, qui a préconisé ce moyen.

M. Larrey s'empressera de mettre à profit les avis de ses honorables collègues, et il rendra compte à la Société de ce qu'il aura pu faire utilement.

— Après cette discussion, M. le président met aux voix les conclusions du rapport de M. Danyau, à savoir :

1° D'adresser des remercîments à M. Forget. — Adopté.

2° De renvoyer son mémoire au comité de publication. —

Adopté aussi. (La Société décide que le rapport sera joint au mémoire.)

3° D'admettre M. Forget comme membre résidant.

Une convocation spéciale sera faite à cet effet pour voter au scrutin dans la prochaine séance.

— M. Maisonneuve fait un rapport verbal sur un travail de M. Francisco Rizzoli, ayant pour titre : *Nouvelle méthode pour guérir la claudication résultant du raccourcissement du fémur après une fracture de cet os.*

Dans ce travail, dit M. Maisonneuve, l'auteur rapporte deux faits : le premier a trait à un homme affecté d'une fracture récente du fémur gauche ; l'auteur appliqua d'abord un appareil contentif qui maintenait le membre dans sa longueur normale ; mais, ayant remarqué bientôt que le membre inférieur droit était, par suite d'une fracture ancienne, affecté d'un raccourcissement notable, il conçut l'idée de cesser l'extension du membre nouvellement fracturé, afin d'obtenir un raccourcissement semblable à celui du côté opposé et de faire ainsi cesser la claudication qui existait avant le dernier accident. Le malade, en effet, guérit avec un raccourcissement du membre gauche semblable à celui qui existait du côté droit et fut débarrassé de sa claudication.

Le second fait a trait à une jeune personne de seize ans, dont le membre inférieur droit était raccourci de trois pouces environ, 0,07 centimètres, par suite d'une fracture ancienne du fémur vicieusement consolidée. M. Rizzoli, vivement sollicité par la malade, qui désirait ardemment être débarrassée de sa claudication, imagina de fracturer le fémur du côté opposé afin d'obtenir du membre un raccourcissement égal à celui du membre anciennement fracturé. Il employa pour cela un appareil de son invention, qui lui permit en effet de fracturer facilement le fémur sain ; puis, il dirigea la cure de cette fracture artificielle de manière que les deux membres restassent affectés d'un raccourcissement égal. Le résultat, dit l'auteur, fut parfaitement satisfaisant, et la jeune personne

fut, par cette opération, complétement débarrassée de sa claudication.

M. Maisonneuve, tout en reconnaissant ce qu'il y a de hardi de la part d'un chirurgien à proposer de fracturer un membre sain pour remédier à une claudication, approuve cependant la détermination de l'auteur dans ce cas particulier et pense que cette opération nouvelle est digne de fixer l'attention des chirurgiens.

En conséquence, il propose à la Société :

1° De voter des remercîments à l'auteur,

2° De déposer honorablement son travail dans les archives de la Société;

3° Et de conférer à M. Rizzoli le titre de membre correspondant.

M. Chassaignac, sans vouloir blâmer la conduite de M. Rizzoli dans cette circonstance, en blâme le principe, et rejette, sinon quant à présent, du moins pour l'avenir, une semblable opération de convenance. Si M. Rizzoli a fait disparaître une claudication due à une fracture avec chevauchement, l'imitation de sa pratique en pareil cas serait une témérité, car il pourrait en résulter une fausse articulation et d'autres accidents fâcheux.

M. Gosselin s'associe à ce que vient de dire M. Chassaignac d'autant plus volontiers que, si M. Rizzoli n'a pas d'autre travail à faire valoir auprès de la Société de Chirurgie comme titre pour être nommé membre correspondant, il rejette sa candidature.

M. Maisonneuve ne peut répondre immédiatement si M. Rizzoli a d'autres titres, mais il sera en mesure de le dire à la prochaine séance.

M. R. Marjolin pense aussi que, malgré le succès qui a suivi l'opération de M. Rizzoli, M. Maisonneuve doit être très réservé dans ses conclusions. « La Société de Chirurgie, dit-il, ne peut pas admettre en principe que, dans les cas de difformité du cal, on puisse, pour parer à cet inconvénient, opérer

une nouvelle fracture, lorsque tous les moyens d'extension ont échoué. Dans un grand nombre de cas, pour remédier à une simple incommodité, on s'exposerait à des accidents de la plus haute gravité. On ne doit recourir à une opération qu'autant que le membre est tellement difforme que, non-seulement il est incapable de servir, mais qu'il peut, dans certains cas, soit nuire au développement d'un organe, ou même l'empêcher de remplir ses fonctions. Il faut donc, dans les cas de cal vicieux, bien distinguer ce qui n'est qu'une difformité de ce qui constitue en quelque sorte une véritable maladie. Dans le premier cas, toute opération qui aura pour but de faire cesser cet état doit être rangée parmi les opérations de complaisance, et alors il faut s'en abstenir; dans le second cas, au contraire, il est évident que le chirurgien doit chercher à prévenir les désordres qui pourraient en être la suite.

» La Société de Chirurgie, ajoute M. Marjolin, ne doit pas oublier ce qui arriva à cet enfant pour lequel elle fut consultée il y a quelques années. Il s'agissait d'un cal difforme de la jambe; l'enfant boitait, et on aurait bien pu, avec un appareil convenable, remédier à cet inconvénient. Plusieurs membres de la Société insistèrent vivement pour qu'il ne fût rien fait; leur avis ne fut pas suivi; le succès de M. Josse (d'Amiens) engagea la majorité dans une voie fâcheuse; une résection fut pratiquée, et l'enfant mourut peu de jours après. »

M. Lenoir déclare que M. Rizzoli n'est pas du tout au courant de la science. Il a eu affaire, dit-il, à une fracture oblique chez la jeune fille qu'il a soumise à son traitement; mais ces sortes de fractures sont très rares chez les jeunes gens, tandis qu'ils sont plutôt sujets aux fractures transversales. De là une double contradiction, puisque la machine de M. Rizzoli tend à déterminer une rupture transversale. M. Lenoir, pour ces deux raisons, réprouve entièrement le moyen mécanique.

M. Maisonneuve croyait avoir été très sévère dans son rap-

port, et il est étonné d'entendre de telles objections. Des chirurgiens qui tous enlèvent des tumeurs du crâne, pratiquent l'opération du bec-de-lièvre ou des opérations de complaisance, obtiennent cependant des résultats bien moins favorables; il en est un célèbre qui n'a pas craint même d'amputer les deux cuisses pour cause de difformité. On sait cependant, ajoute M. Maisonneuve, que, dans nos hôpitaux. les fractures de cuisse sont moins graves que d'autres lésions. Il ne peut donc admettre le blâme déversé sur M. Rizzoli d'autant que, dans le cas en question, c'eût été pour une jeune femme une infirmité nuisible que cette claudication ; et d'ailleurs, l'opération qu'elle a supportée était innocente.

M. Maisonneuve ne croit donc pas que la Société de Chirurgie doive infliger un blâme à M. Rizzoli ; il considère l'opération faite par le chirurgien de Bologne comme pouvant être souvent utile ; il la défend dans son principe ; et s'il avait même à en faire l'application, il serait prêt à la pratiquer.

M. Vidal (de Cassis), considérant cette question comme extrêmement grave et complexe, pense qu'il ne faut pas la traiter légèrement à la fin d'une séance. « M. Maisonneuve, dit-il, a comparé des faits qui sont cependant incomparables; car l'opération pratiquée par M. Rizzoli ne saurait être assimilée à des extirpations de tumeurs, de loupes, par exemple, ou à telles autres opérations qui ont pour résultat d'assurer presque avec certitude l'ablation de l'infirmité ou de la maladie elle-même. » M. Vidal désire que son opinion soit mentionnée par M. le secrétaire, qui croit l'avoir reproduite exactement. M. Vidal demande aussi d'autres titres pour l'admission de M. Rizzoli.

La Société, consultée par M. le président, décide l'ajournement du vote.

Tumeur fibreuse interstitielle de l'utérus.

M. Maisonneuve présente un corps fibreux de l'utérus qu'il annonce être interstitiel ; et il fait observer tout d'abord que

la plupart des chirurgiens regardent l'extirpation des tumeurs de ce genre comme une opération tellement difficile et dangereuse, qu'ils croient prudent de ne pas y toucher. Quant à lui, il pense que l'on peut revenir de cette opinion, et pratiquer l'extirpation avec facilité.

La tumeur qu'il met sous les yeux de la Société était, dit-il, complétement interstitielle ; elle existait chez une femme d'une quarantaine d'années, hors d'état de supporter cette maladie sans en être débarrassée. En examinant cette tumeur, il reconnut qu'elle siégeait dans l'épaisseur de la paroi postérieure. M. Maisonneuve, après avoir placé la malade convenablement, l'a soumise à l'inhalation du chloroforme ; et introduisant un lithotome double dans l'utérus, il en a incisé le col assez largement pour agrandir ensuite cette incision par déchirure et fendre la lèvre postérieure avec le bistouri boutonné. Il a énucléé la tumeur dans sa moitié inférieure ; il a pu facilement ensuite la saisir avec une pince-érigne, et il a continué de l'énucléer par en haut. Arrivé là, il a renversé l'utérus par des tractions denses, détaché ainsi la tumeur, et il a remis ensuite l'utérus en place. C'est ce matin même que l'opération a été faite.

M. Maisonneuve, d'après deux autres faits qui lui sont propres, pense que, dans celui-ci, il n'y aura pas d'accidents.

M. Vidal a deux observations à faire à l'égard de ce fait. La première est relative à la facilité d'exécution du manuel opératoire, et il l'admet volontiers dans ses différents temps. Sa seconde observation porte sur l'innocuité de l'opération, et cette innocuité lui semble plus contestable. Trois opérations semblables faites avec succès, c'est en effet un point très important. « Il faudrait, dit-il, que ce qui est accepté pour la Société de Chirurgie le fût aussi pour la science et pour l'art; il faudrait, en d'autres termes, que les malades fussent examinés avant l'opération, et que l'on pût en constater les résultats. Ce que dit M. Maisonneuve suffit pour nous, mais ne suffit pas pour tous. Rappelons-nous l'exergue ou la devise de

la Société de Chirurgie, dont, pour ma part, je ne voulais pas admettre l'inscription : *Vérité dans la science, moralité dans l'art ;* reconnaissons qu'il faut se montrer ici plus sévère qu'ailleurs, et attendons que M. Maisonneuve nous présente une femme dans des conditions telles avant et après l'opération.

M. Maisonneuve répond que les deux premières malades opérées par lui ont été vues à l'hôpital, notamment par M. Récamier, qui, lui-même, n'était pas d'avis de l'opération pour l'une comme pour l'autre.

Quant à la troisième malade, M. Maisonneuve n'a pas songé à faire constater l'existence et les caractères de sa tumeur, parce que ce fait lui paraissait avoir le degré d'authenticité nécessaire.

M. Vidal se croit obligé de dire que les réflexions qu'il a faites ne s'adressent pas à M. le chirurgien Maisonneuve, mais au membre de la Société de Chirurgie.

— La séance est levée à six heures moins un quart.

H. L.

Séance du 5 décembre 1849.

Présidence de M. Deguise père.

Des tumeurs fibreuses interstitielles de l'utérus.

M. Maisonneuve ajoute quelques renseignements à l'observation qu'il a communiquée à la dernière séance sur l'ablation d'une tumeur fibreuse située dans l'épaisseur de la paroi antérieure de l'utérus. Cette opération, faite il y a trois jours, n'a été suivie d'aucun accident sérieux ; quelques douleurs seulement se sont manifestées dans la région du flanc gauche, et elles ont cédé à une application de sangsues. Un écoulement utérin assez abondant et semblable aux lochies s'est effectué ; la malade va bien, et la guérison paraît assurée.

Quant à la tumeur, M. Maisonneuve a surtout en vue de

préciser par quelques détails ses caractères, son volume et son poids. Il rappelle d'abord comment il a saisi et fixé cette tumeur, dont deux morceaux ont été arrachés par l'érigne. Son décollement s'est fait avec assez de facilité, et sa division incomplète a permis de l'effiler pour ainsi dire à travers le col. Il indique ensuite, en principe, de ne faire la dissection de la dernière partie que lorsque l'utérus a été renversé, et cette dissection doit être pratiquée avec des ciseaux. Pour ce qui est de la réduction de l'utérus, elle s'opère assez facilement, avec la précaution de fléchir les jambes sur les cuisses et les cuisses sur le bassin. M. Maisonneuve n'a pas vu ainsi le renversement se reproduire.

M. Monod demande quelle était l'épaisseur de la tumeur.

M. Maisonneuve ne s'en rend pas bien compte. La tumeur avait été divisée en deux parties à peu près égales ; et comme le col utérin offrait plus d'un pouce de long, de là la nécessité d'une incision aussi longue.

M. Maisonneuve rappelle qu'il a montré à la Société, dans une autre circonstance, une pièce pathologique assez curieuse : c'était une tumeur interstitielle encore en place, à laquelle il n'avait pas touché. On voit encore sur cette pièce le mode d'adhésion de la tumeur, et on comprend, d'après cette disposition, la manœuvre à exécuter. C'est, selon lui, une opération qui, bien régularisée, deviendra vulgaire et sans danger.

M. Larrey fait observer à M. Maisonneuve qu'il n'a point indiqué le volume et le poids de la tumeur, comme il se l'était proposé : d'autant que ces indications sont utiles à connaître.

M. Maisonneuve a omis, en effet, de communiquer ces renseignements, dont il n'a pas gardé un souvenir précis ; mais il fournira une note exacte à cet égard.

M. Michon n'a pas compris pourquoi la tumeur ne s'était point rapprochée de la face interne de l'utérus. Il en a vu, pour lui, un certain nombre autrefois dans le service de Dupuytren à l'Hôtel Dieu, et depuis chez M. Récamier, avec

M. Amussat aussi, et il a reconnu que ces tumeurs tendent à faire saillie dans la cavité utérine.

M. Maisonneuve donne la raison qui lui a démontré que la tumeur était interstitielle : c'est que les tumeurs interstitielles de l'utérus déterminent, dans les dimensions de la cavité de cet organe, des modifications qui varient suivant que le corps fibreux est très rapproché de la surface externe ou de la surface interne de l'organe. Dans le premier cas, la cavité utérine est peu agrandie, la tumeur fait une bosselure considérable à l'extérieur, il n'y a ni hémorrhagies, ni douleurs violentes, ni contractions en général; tandis que tous ces phénomènes existent quand la tumeur est rapprochée d'un point de la cavité de l'utérus. Elle a de la tendance alors à faire une saillie interne, jusqu'à s'isoler, sous forme de polype. Si, enfin, la tumeur ne forme pas plus de saillie en debors qu'en dedans, elle tient le milieu, dans ce cas, entre les deux formes précédentes.

M. R. Marjolin demande, comme M. Michon, quelques renseignements sur la situation de la tumeur; et malgré les deux premiers succès que M. Maisonneuve a obtenus avant cette troisième opération, il ne croit pas aux résultats heureux promis par lui d'une manière générale. Il considère l'opération comme ne pouvant être régularisée, parce que le siége de la tumeur est indéterminé et parce que son développement est variable. Si ce développement se fait à la fois en dedans et en dehors, l'opération devient dangereuse, et elle doit l'être surtout au voisinage du péritoine. Toutes les fois, enfin, que les limites de la tumeur resteront indéterminées, l'opération sera toujours difficile et chanceuse. Telle est la conclusion vraie, quoique M. Maisonneuve soit en voie d'un troisième succès. A quels signes, encore une fois, peut-il reconnaître exactement le siége et les rapports de la tumeur?

M. Maisonneuve expose par un dessin au tableau comment les connexions de la tumeur avec l'utérus peuvent être appréciées, et il rappelle en partie l'explication qu'il a donnée

déjà ; si, en définitive, la tumeur se trouve rapprochée de la paroi péritonéale, la cavité aura peu changé ; si, au contraire, la tumeur est plus saillante vers la paroi utérine, ses caractères seront évidemment plus prononcés ; si, enfin, la tumeur est à égale distance des deux parois, l'utérus présentera un volume uniforme. Quant à l'opération, M. Maisonneuve avait vu faire des tentatives d'extirpation avant de la pratiquer lui-même pour la première fois, mais il avait constaté que ces tentatives étaient devenues mortelles. Ainsi, après avoir observé bon nombre de ces cas malheureux dans la pratique de M. Récamier, il a même vu quelquefois l'opération commencée rester inachevée, soit en raison du volume et du siége de la tumeur, soit en raison de l'insuffisance du procédé mis en usage dans ces différents cas. C'est pourquoi M. Maisonneuve a pensé qu'il serait possible de venir à bout de l'opération une fois commencée ; afin d'y réussir, il a renversé l'utérus dans les trois cas qui lui sont propres et facilité ainsi l'extirpation.

M. Marjolin demande à M. Maisonneuve comment il s'y prendrait si la tumeur se trouvait située au sommet de l'utérus.

M. Maisonneuve avoue qu'il n'y toucherait pas s'il ne trouvait ni allongement ni élargissement de la cavité utérine.

M. Huguier démontre les difficultés pratiques de la question. « En effet, dit-il, pour les tumeurs développées dans l'épaisseur des parois de l'utérus, le point de diagnostic le plus difficile n'est pas de déterminer quelle est l'épaisseur du tissu utérin qui couvre la face interne ou utérine de la tumeur, mais bien de savoir si la tumeur est un corps fibreux énucléable, ou une tumeur formée soit par le tissu propre de l'utérus seul, soit par des kystes et des masses fibreuses multiples séparées les unes des autres par des fibres utérines renfermant elles-mêmes beaucoup de vaisseaux et s'opposant ainsi à l'énucléation ; de là, en un mot, un obstacle insurmontable pour l'opération. »

M. Loir, ajoute M. Huguier, a présenté à la Société un exemple frappant de l'une de ces tumeurs qui offrent au diagnostic l'apparence de tumeurs fibreuses et qui ne peuvent être bien appréciées qu'après la dissection. Les tentatives d'extirpation deviennent dans ces cas-là inutiles ou dangereuses, et l'énucléation n'est pas plus praticable. Ce qu'il convient de faire, c'est de dédoubler, de dérouler, pour ainsi dire, ces sortes de tumeurs.

Ce n'est pas tout : M. Huguier apportera dans une prochaine séance un dessin fait d'après une observation du service de M. Robert, qui lui fit examiner la malade. M. Huguier, en la touchant, constata l'existence d'une tumeur volumineuse et conseilla de ne pas l'extirper.

Mais M. Robert appela M. Récamier en consultation et, d'après ses avis, il tenta l'opération, dans laquelle il fut aidé par M. Huguier lui-même. Les tractions exercées pour enlever cette tumeur furent sans effet, et la malade mourut deux jours après de péritonite. L'autopsie démontra que la tumeur était formée par l'épaisseur des parois utérines et composée aussi d'agglomérations fibreuses multiples.

Si, comme le dit M. Maisonneuve, on a la certitude qu'il s'agit d'un corps fibreux, il est rationnel d'en tenter l'ablation; il peut être même facile de l'énucléer, comme M. Maisonneuve aussi l'a fait, et ce qu'il a cru trouver à cet égard doit être accepté par la Société.

M. Deguise fils fait observer que M. Maisonneuve n'a pas répondu à la question de M. Monod, et que cependant il lui était facile d'y répondre. M. Monod a demandé quel était le degré d'épaisseur du tissu utérin au-devant de la tumeur interstitielle qui a été extirpée. « Si M. Maisonneuve eût opéré en laissant l'utérus en place, dit M. Deguise, je comprendrais qu'il lui eût été impossible de donner une idée exacte de l'épaisseur des fibres utérines qui recouvraient le corps fibreux du côté de la cavité utérine. Mais M. Maisonneuve nous a dit qu'il avait pratiqué le renversement de la matrice au point de

l'amener entre les cuisses de la malade, et il a insisté sur l'avantage qu'il y avait à opérer ce renversement pour faciliter la dissection de ce genre de tumeur. Il aurait dû dès lors apprécier parfaitement l'épaisseur des parois utérines, puisqu'il a eu sous les yeux la cavité ou l'espèce de coque qui renfermait le corps fibreux.

M. Maisonneuve reconnaît n'avoir pas fait cette exploration, telle que l'indique M. Deguise; mais il ne négligera pas de la faire à la prochaine occasion.

M. Vidal, dans la dernière séance, a examiné la question sous deux points de vue:

1° Il a apprécié les difficultés d'exécution touchant le manuel opératoire appliqué aux extirpations des grosses tumeurs fibreuses de l'utérus. « Ces difficultés, dit-il, sont certainement amoindries par l'habileté d'un chirurgien comme M. Maisonneuve; mais elles feront qu'il sera difficile de régulariser l'opération, comme le prétend ce chirurgien. »

2° M. Vidal a craint les dangers de cette opération, et M. Maisonneuve, dit-il, « a répondu par ses succès; mais aujourd'hui ce chirurgien, dans la discussion qui s'est ouverte sur ce sujet, avance que toutes les opérations qui ont été tentées avant lui, et qui d'abord n'ont pas été terminées; que toutes celles qui ont été faites en plusieurs temps ont été mortelles. » Comme M. Vidal a le souvenir de certaines observations de guérison après ces opérations, il fixe l'attention de la Société sur ce qu'avance ici M. Maisonneuve, comme preuve que les opérations pratiquées sur la matrice peuvent être très dangereuses.

En somme, M. Vidal partage à cet égard les appréhensions de plusieurs de ses collègues, et il soutient notamment l'objection soulevée par M. Marjolin.

M. Giraldès fait remarquer d'abord à M. Maisonneuve qu'on ne pourrait admettre le développement de phlegmons diffus de l'utérus, à la suite de l'ablation des tumeurs fibreuses. En effet, ce genre d'inflammation ne se produit que dans

les points où il existe du tissu cellulaire, et cet élément anatomique manque dans le tissu utérin.

M. Giraldès dit ensuite qu'il parlait seulement des corps fibreux de l'utérus ; que le sommet de l'organe en présentait aussi, et que la science possédait des observations de corps fibreux du sommet développés du côté de la cavité, déterminant par leur présence des accidents graves, et qu'il eût été difficile d'atteindre par le procédé de M. Maisonneuve.

M. Giraldès ajoute que, malgré les succès obtenus jusqu'à ce jour par M. Maisonneuve, on ne pouvait rien augurer de la valeur de cette opération.

Il rappelle enfin que l'ovariotomie a, vers son origine, été suivie de succès, tandis que plus tard les accidents et les revers démontrèrent que cette opération était une mauvaise chose. On peut donc soutenir l'objection sérieuse reproduite par M. Vidal sur l'extirpation des tumeurs fibreuses interstitielles de l'utérus, et n'agir ainsi que si l'on a des dangers à craindre pour la malade.

M. Maisonneuve répondra succinctement à chacune des objections qui lui ont été adressées. Il ne conteste pas d'abord que certains corps fibreux ne soient inattaquables par le chirurgien, et il reconnaît, oui sans doute, combien il importe d'apprécier les cas. En est-il qui offrent des chances suffisantes de réussir? A cette question posée par lui-même, il n'hésite pas à répondre par l'affirmative. Ainsi, lorsque la tumeur est globuleuse, et que la cavité utérine se trouve par elle allongée, agrandie, en même temps que des hémorrhagies, des douleurs, et divers accidents sont à craindre, il y a alors possibilité d'obtenir l'énucléation de cette tumeur, et il faut la tenter. M. Maisonneuve n'a jamais eu, il le déclare, la prétention d'opérer tous les cas. Voilà ce qu'il voulait répondre à M. Giraldès.

Il répond ensuite à M. Vidal, au sujet de certaines tumeurs, qu'il en a vu de fibreuses dans des conditions favorables à une opération. Il rappelle qu'il a connaissance de sept ou huit

tentatives d'extirpation ou d'énucléation, comme M. Amussat y a eu recours deux fois pour des tumeurs situées près du col. Dans tous les autres cas, répète M. Maisonneuve, les malades sont mortes.

Dans d'autres cas encore, des tumeurs molles ont été incisées dans leur épaisseur, raclées, pour ainsi dire rabotées à leur surface; et, bien que le spectacle de ces opérations soit triste, on doit en convenir, M. Maisonneuve a vu cependant trois succès obtenus ainsi : le premier par M. Récamier, le second par M. Nélaton et par lui, le troisième par lui seul.

M. Maisonneuve enfin rappelle les cas désignés par lui, et l'opération qui lui appartient. Voilà ce qu'il a vu ; voilà ce qu'il voulait dire.

— M. Giraldès comptait présenter à la Société une lettre et une thèse de M. Gubler sur les *glandes de Méry* (vulgairement glandes de Cowper) *et leurs maladies chez l'homme;* mais ayant oublié chez lui cet envoi, il l'apportera à la prochaine séance, et désire seulement qu'il en soit fait mention au procès-verbal.

— M. Larrey rendra compte, à la première occasion, de l'opération de grenouillette qu'il a pratiquée depuis la dernière séance, chez le malade dont il a parlé à la Société.

Nouvelles applications des serres-fines.

M. Vidal présente une série de *serres-fines* qu'il classe par numéros, depuis le n° 1 jusqu'au n° 6; c'est-à-dire depuis la plus petite jusqu'à la plus grande de ces pinces-airignes, dont on pourrait, du reste, augmenter les proportions. Les plus petites peuvent être employées pour réunir des plaies à bords très minces, comme les plaies du prépuce ; et les autres, à mesure qu'elles sont plus fortes, sont applicables à la réunion de plaies de la face, des divisions des paupières, du bec-de-lièvre, de la fente du voile du palais, des déchirures du périnée, comme l'a fait M. Danyau, etc.

M. Vidal a déjà fait part à la Société de la réunion très

prompte d'une plaie de la région temporale à la suite de l'extirpation d'une tumeur érectile. Il communique aujourd'hui un fait plus important, c'est la réunion en vingt-quatre heures d'une plaie de 12 centimètres d'étendue, résultant de l'ablation d'une tumeur squirrheuse du sein. Un seul point de la plaie n'a pas été réuni, parce qu'il livre passage au fil d'une ligature. Une grande serre-fine de sûreté a été placée au centre de la plaie, dont le reste a été réuni par des serres-fines plus petites.

Ces instruments ont été perfectionnés par M. Luër.

M. Larrey rappelle qu'il a déjà essayé de faire quelques applications utiles des serres-fines de M. Vidal, et il annonce que tout récemment encore, au Gros-Caillou, après avoir enlevé un kyste fibreux situé sur la face dorsale du pied, il a réuni la plaie résultant de l'incision à l'aide de quatre serres-fines, en ayant soin de prévenir les accidents inflammatoires par une irrigation froide et par la position du membre. La cicatrisation, commencée quelques heures après l'opération, était complète à la visite du lendemain, et le malade sortait de l'hôpital trois jours après.

M. Vidal joindra ce fait à ceux qu'il a recueillis déjà sur l'emploi des serres-fines, et il se propose de substituer ces petites pinces unissantes à plusieurs espèces de sutures.

— La Société était appelée à voter, dans la séance de ce jour, sur la candidature de M. Amédée Forget; mais l'absence de plusieurs membres, retenus à la Faculté pour le concours de médecine opératoire, nécessite le renvoi de cette élection à la prochaine séance. H. L.

Séance du 12 *décembre* 1849.

Présidence de M. Deguise père.

M. Larrey, inscrit pour un rapport, demande s'il devra le lire en entier aujourd'hui, ou s'il pourra le scinder en deux

parties, en raison de l'étendue assez considérable qu'il a cru devoir donner à ce travail, en raison aussi de l'utilité ou de l'intérêt des communications qui pourraient être faites sur d'autres matières.

M. Maisonneuve pense qu'il conviendrait, d'une façon générale, de limiter le temps accordé à chacun des travaux de la Société. Il propose, par exemple, de fixer à une demi-heure ou même à une heure le temps qui serait donné à telle ou telle communication.

M. Larrey s'empresse d'adhérer, pour sa part, à cette proposition, qui est appuyée, et il ne lira que la première partie de son rapport.

Plaies de la vessie.

Ce rapport, fait au nom d'une commission composée de MM. Chassaignac, Giraldès et Larrey, est le compte-rendu d'un mémoire de M. Demarquay sur *les plaies de la vessie d'armes à feu*, et en même temps une étude de cette question à un point de vue plus général.

En voici l'exposé succinct :

La première remarque critique à faire, c'est que le travail de M. Demarquay, très intéressant à plusieurs égards, et surtout riche de faits empruntés à divers auteurs, mais manquant de méthode, devrait peut-être s'intituler : Réflexions et observations, plutôt que mémoire.

« C'est donc, dit M. Larrey, dans le but de mieux coordonner toutes les parties de ce mémoire, sans en rien omettre, et afin de le compléter utilement, que j'ai cru devoir substituer la synthèse à l'analyse. Si la Société de Chirurgie veut bien approuver le rapporteur de la commission d'avoir agi ainsi, nous ne regretterons pas le temps et les efforts que nous avons consacrés à ce travail. »

Il commence par une indication sommaire des travaux anciens et modernes, en regrettant que M. Demarquay n'ait pas non plus exposé quelques considérations générales sur les di-

verses lésions traumatiques de la vessie, afin de mieux préciser ensuite les termes et les éléments de la question spéciale.

Mais ce qui distingue le travail de M. Demarquay, ce sont les recherches et les expériences anatomo-physiologiques qui lui sont propres, à l'effet de constater les points de la vessie les plus accessibles aux blessures. Il apprécie bien ensuite, comme d'autres d'ailleurs l'avaient fait avant lui, les conditions de plénitude et de vacuité de la vessie, eu égard à l'action des causes traumatiques.

Il a négligé toutefois d'apprécier le mécanisme de ces divers agents vulnérants, et il ne dit même à peu près rien, à cet égard, des plaies d'armes à feu. « Il aurait pu d'autant mieux, dit M. le rapporteur, étudier les effets des projectiles au point de vue général de la question des plaies de la vessie, qu'il en a indiqué une partie dans les faits particuliers de son mémoire. »

M. Larrey croit devoir suppléer à cette lacune en exposant les effets des projectiles sur la vessie, tantôt contuse, tantôt cutanée, ou bien perforée, soit dans un seul point, soit de part en part, dans des directions variées, ou par des effets de déviation qui cependant n'ont pas échappé à l'examen de M. Demarquay.

M. Demarquay a davantage fixé son attention sur la pénétration des projectiles dans la vessie, en citant des exemples empruntés aux auteurs, mais sans développer assez le mécanisme de cette pénétration, non plus que le mode de formation des concrétions calculeuses à la surface et autour des corps étrangers.

M. le rapporteur complète cette partie du sujet en indiquant diverses autres conditions selon lesquelles peuvent se comporter les corps étrangers dans les plaies d'armes à feu de la vessie.

Il examine ensuite ce que l'auteur du mémoire a dit et ce qu'il a peut-être omis de dire de la symptomatologie et des complications de ces blessures. Il cherche surtout, par un ex-

posé méthodique, à préciser la nature et la diversité des complications. Les unes sont inhérentes à la lésion elle-même et aux conséquences de l'issue de l'urine par la plaie, telles que l'infiltration et l'épanchement de ce liquide dans les tissus circonvoisins; de là des accidents urineux, puis les accidents hémorrhagiques, et les épanchements de sang dans la vessie que M. Larrey désigne sous le nom d'hémorrhagie intra-vésicale, et dont son père a comparé les effets à ceux des corps étrangers. M. Demarquay a observé, à ce sujet, un cas intéressant de lésion de l'artère épigastrique.

Les autres complications sont dépendantes des lésions primitives et représentent les accidents inflammatoires, dont le plus fréquent et le plus redoutable à la fois est la péritonite, sans qu'il soit nécessaire d'insister sur les autres effets de phlegmasie locale. Mais il n'aurait pas été inutile que M. Demarquay fît quelques recherches plus suivies sur cette partie de son sujet.

Il avait peu de chose à dire des accidents nerveux comme complications générales.

Quant aux complications spéciales, M. le rapporteur signale d'abord les lésions du bassin en résumant deux faits intéressants à cet égard; puis les lésions de l'intestin, et surtout celles du rectum. Celles-ci ont fourni différentes observations à l'auteur du mémoire, qui lui-même en a recueilli une fort curieuse qu'il rapporte dans tous ses détails. Ce fait semble avoir été pour M. Demarquay, ainsi qu'un autre cas, le principal motif de son travail.

M. Demarquay a signalé aussi les lésions de l'urètre, de la prostate et des vésicules séminales, mais sans en donner la preuve démonstrative; de même que, d'autre part, il exagère la fréquence de la lésion des organes génitaux, tout en citant trois observations à l'appui.

M. le rapporteur expose ensuite le diagnostic des plaies de la vessie en appréciant les moyens d'exploration, parmi lesquels nul n'est plus sûr que le cathétérisme.

« M. Demarquay, dit-il, n'a peut-être pas assez insisté sur ce point de la question, ni sur les détails qui s'y rattachent... non plus que sur la marche et la durée des plaies de la vessie; mais il insiste un peu plus sur le pronostic. »

M. Larrey recherche, à cette occasion, quelles sont les circonstances diverses qui ont, d'une part, motivé le pronostic funeste des anciens et, d'autre part, confirmé le jugement plus favorable des modernes, à l'égard des plaies de la vessie, exclusivement produites autrefois par armes blanches, et plus fréquentes aujourd'hui par armes à feu.

M. le rapporteur croit devoir suspendre là sa lecture pour la compléter à la prochaine séance, et laisser ainsi à la Société le loisir d'accorder son attention à d'autres membres.

Résection du coude.

M. Maisonneuve a déjà présenté à la Société des pièces anatomiques provenant de la résection du coude, et il communique aujourd'hui un nouveau cas de ce genre en montrant les altérations des extrémités articulaires.

Le sujet de cette observation est un homme de quarante ans, chez lequel une tumeur blanche s'était développée dans l'articulation du coude droit. La suppuration établie se fit jour au dehors par un abcès qui s'ouvrit spontanément, et M. Maisonneuve, jugeant la maladie trop avancée pour céder à un autre traitement, se décida aussitôt à pratiquer la résection.

Une première incision fut faite longitudinalement sur le trajet du nerf cubital; et une seconde incision, tombant perpendiculairement sur la première à son côté externe, facilita l'éloignement du nerf cubital, prévint l'issue des os à travers la plaie, et fit découvrir aussitôt et réséquer l'olécrane. L'articulation, ainsi largement ouverte, fut explorée dans toute son étendue avant d'être réséquée. Il fut facile d'abord de faire saillir l'extrémité de l'humérus et de la couper d'un trait de scie; puis, par la dissection en avant et en arrière, selon la nécessité, et à mesure que les ligaments étaient divisés, il ne

fut pas moins aisé d'isoler et d'enlever les extrémités du cubitus et du radius.

« Cette opération rapide et simple, dit M. Maisonneuve, permet au chirurgien de savoir ce qu'il fait. Il pourrait même, si besoin était, ménager l'un des os de l'articulation en bornant sa résection aux parties malades. De là, sécurité autant que célérité dans le manuel opératoirc. Ce procédé, enfin, semble mériter la préférence sur tout autre. »

C'est la quatrième fois que M. Maisonneuve l'a employé, et sur ces quatre cas, il compte deux guérisons, une mort et un résultat encore incertain, mais probablement heureux.

L'altération principale, dans le cas actuel, siége dans le cubitus, qui offre quelques points d'excavation tuberculeuse; le radius est peu malade et l'humérus est érodé.

M. Lenoir demande à M. Maisonneuve pourquoi il a décrit ce procédé comme n'ayant été proposé par personne, puisque c'est à la section de l'olécrane qu'il s'applique spécialement.

M. Maisonneuve répond qu'aucun chirurgien, à Paris, n'a coupé l'olécrane.

M. Lenoir rappelle que M. Roux, d'après Moreau, a donné le principe de l'opération, quant à son premier temps, ou à l'émission en T; et, sous ce rapport, le procédé suivi par M. Maisonneuve n'est pas neuf. Quant au second temps, M. Lenoir rappelle aussi que Dupuytren et d'autres, avec les Moreau (de Bar-le-Duc) et Champion, avaient aussi établi en principe d'enlever l'olécrane dans la désarticulation du coude.

Le mode opératoire employé par M. Maisonneuve est donc, en un mot, dit M. Lenoir, une fusion des procédés connus, et non un procédé nouveau.

M. Maisonneuve reconnaît volontiers qu'il en est ainsi, et il tient seulement à faire remarquer qu'il y a souvent, dans les procédés de chirurgie, des manières de faire empruntées à d'autres. Il a voulu, en effet, profiter des deux procédés connus pour la résection du coude, parce que, jusque-là, selon lui, c'était une opération défectueuse.

M. Gosselin pense que M. Maisonneuve a attaché trop d'importance à l'incision parallèle au nerf cubital. Ainsi, tandis que Jæger et Liston ont cru imaginer chacun le procédé de l'incision interne, M. Roux l'a blâmé à cause des difficultés du pansement, et a préféré faire l'incision externe.

M. Maisonneuve a vu M. Roux pratiquer la résection du coude, et faire effectivement l'incision parallèle au nerf cubital; mais ce qu'il tient à établir, c'est que, suivant le procédé tel qu'il l'exécute, on a la sécurité et la rapidité des autres procédés.

Il ne l'indique pas, du reste, avec prétention à la priorité.

M. Lenoir résume simplement la question par cette formule : c'est que M. Maisonneuve, au lieu de faire l'incision en H, la fait en T.

M. Maisonneuve demande enfin à M. Lenoir s'il a vu pratiquer des résections du coude avec rescision de l'olécrane.

M. Lenoir lui répond qu'il a vu Dupuytren faire deux ou trois fois ainsi, et il ajoute que ce mode opératoire est décrit partout.

Tumeur fibreuse de l'utérus.

M. Maisonneuve, invité par quelques-uns de ses collègues à donner des nouvelles de la malade qu'il a opérée d'une tumeur fibreuse de l'utérus, annonce à la Société que cette femme a éprouvé quelques accidents. Il l'a fait examiner par le médecin de l'hôpital, M. Nonat, qui a cru reconnaître les signes d'une inflammation suppurative des ligaments larges, et a conseillé l'application de trente sangsues. Un état de faiblesse très prononcé a suivi cette application, et cependant la malade, sans être hors de danger, se trouve beaucoup mieux.

Tumeur lacrymale double.

M. Auzias-Turenne, déjà inscrit précédemment pour une communication, donne lecture d'un travail intitulé : *Note sur un sujet atteint de deux tumeurs lacrymales.*

En voici l'extrait rédigé par M. Auzias lui-même :

Il s'agit de la nécropsie d'une femme morte d'un cancer et qui n'a point été observée de son vivant.

Du côté gauche, il y a tumeur lacrymale, et la moindre pression sur cette tumeur fait couler par les points lacrymaux un liquide ténu et purulent. A la dissection, on constate parfaitement les rapports du sac, et l'on trouve dans ce sac un muco-pus abondant. La muqueuse du sac est visiblement enflammée; des lambeaux de muco-pus à moitié organisé en tapissent l'intérieur. Une partie du muco-pus est filante et ne s'écoule pas aisément. Les points et les conduits lacrymaux sont parfaitement libres. La partie inférieure du canal nasal est bouchée par la membrane muqueuse, qui forme une espèce de tampon résistant.

Du côté droit, il n'y a pas tumeur à proprement parler; mais, le sac ouvert, on voit qu'il est aussi ample que celui du côté opposé, et que les parois ressemblent à celles de ce côté. Le canal nasal est libre et ne semble pas avoir subi d'altération matérielle. Les conduits lacrymaux sont entièrement bouchés à leur entrée dans le sac.

M. Auzias conclut de ce double fait :

1° Que, des deux côtés, la maladie est sous l'influence de la même cause et qu'elle a pris un caractère inflammatoire ;

2° Que, du côté droit, l'oblitération des conduits lacrymaux et, du côté gauche, l'oblitération du canal nasal sont consécutives ;

3° Que, si l'oblitération avait porté des deux côtés sur le canal nasal et sur les conduits lacrymaux, une fistule lacrymale n'aurait pas tardé à en être la conséquence;

4° Qu'une bonne méthode de traitement doit prendre en sérieuse considération ce point de départ de la maladie et baser sur lui les premières indications à remplir.

M. Larrey demande à M. Auzias si, d'après un passage de son travail, il a exposé les idées que Jean-Louis Petit semble avoir émises le premier sur les rapports anatomiques, phy-

siologiques et pathologiques établis entre les voies lacrymales et les voies urinaires.

M. Auzias répond qu'il a eu soin d'apprécier à cet égard l'opinion exprimée en effet par J.-L. Petit le premier.

M. le président désigne une commission composée de MM. R. Marjolin, Lenoir et Morel-Lavallée pour examiner la note de M. Auzias et en rendre compte à la Société. M. Marjolin se chargera du rapport.

— La séance est levée à cinq henres et demie. H. L.

Séance du 19 *décembre* 1849.

Présidence de M. Deguise pére.

Résectiou du coude.

A l'occasion du procès-verbal, M. Chassaignac rappelle qu'il a fait connaître, dans les Mémoires de la Société, un procédé consistant à ne faire qu'une seule incision à la partie externe, et à scier successivement, au moyen de la scie à chaîne, le radius d'abord, l'humérus ensuite, puis le cubitus. M. Chassaignac propose comme un perfectionnement à ce procédé de commencer par l'humérus la section au moyen de la scie à chaîne, puis de faire ultérieurement la section des deux autres os.

M. Lenoir ne peut pas plus adopter le procédé de M. Chassaignac que celui de M. Maisonneuve. La lésion du nerf cubital lui semble trop chanceuse par cette seule incision, et c'est précisément la lésion du nerf cubital que l'on a en vue d'éviter dans la résection du coude.

M. Lenoir adresse à M. Chassaignac une objection plus sérieuse encore, c'est que son procédé ne permet pas d'apprécier à temps les altérations des extrémités articulaires avant de les réséquer, tandis, et tous les chirurgiens le savent, qu'il importe de mettre à nu les surfaces osseuses préalablement à leur ablation, afin de constater d'abord jusqu'à quel point et dans quelle étendue elles sont malades.

M. Lenoir déclare enfin que le procédé de M. Chassaignac n'est point nouveau, et que d'ailleurs il ne suffit pas de faire ou de prétendre faire des choses nouvelles, il faut que ces innovations soient meilleures en réalité que les moyens plus usités.

M. Chassaignac repousse l'objection relative à la lésion du nerf cubital, parce qu'il croit possible d'éviter cette lésion. Il reconnaît au contraire la justesse de l'objection fondée sur l'inconvénient de réséquer les extrémités articulaires, sans un examen préalable et suffisant de leurs altérations.

Quant au procédé en lui-même, M. Chassaignac affirme qu'il est nouveau, et il demande si jamais un autre chirurgien a fait une seule incision pour la résection du coude.

M. Lenoir l'assure que oui, en indiquant que M. Velpeau, dans sa *Médecine opératoire*, propose positivement d'enlever ainsi l'articulation sans l'ouvrir.

M. Chassaignac ajoute que ce n'est pas en cela qu'il fait consister son proccédé, et rappelle qu'il se contente d'une seule émission pour couper l'humérus, et pour attirer le cubitus et le radius, afin de les réséquer ensuite. Il ne dit pas du reste que ce procédé soit supérieur aux autres.

M. Gosselin trouve qu'on invente trop facilement des procédés, et il ne saurait même reconnaître que celui-là soit nouveau. Parck (de Liverpool) faisait une seule incision à la partie postérieure, et M. Chassaignac la fait plus en dehors; voilà toute la différence, et c'est moins bien. Quant à la section des os, Moreau (de Bar) commençait aussi par scier l'humérus avant le radius et le cubitus. Ce procédé n'offre donc rien de nouveau.

M. Giraldès ne voit là qu'une chose fort simple, à savoir: c'est d'abord si le procédé est bon, et ensuite s'il est facile. Or rien ne prouve qu'il soit meilleur qu'un autre, tout au contraire, et de plus il présente des difficultés d'exécution, des inconvénients réels, et de mauvais résultats. C'est donc, dit M. Giraldès, une question inutile à discuter.

M. Chassaignac croit que toute proposition faite par un membre de la Société mérite d'être discutée. Si M. Giraldès, dit-il, n'attache pas d'importance au nombre des incisions, lui, au contraire, regarde comme un principe des plus utiles de diminuer l'étendue du traumatisme. Toutes les méthodes d'ailleurs ont leurs inconvénients, et c'est une erreur de croire que les plaies supérieures soient plus exposées que les plaies inférieures aux effets de la suppuration. Oui, c'est là une exagération ou un préjugé en chirurgie.

M. Chassaignac, à l'appui de sa proposition, annonce qu'il a fait ces jours-ci une ligature de l'artère axillaire à un homme qui avait eu le bras mutilé; il a maintenu son blessé constamment couché, sans que le pus se soit accumulé dans la plaie. Quant aux incisions uniques, il craint bien moins que la plupart des chirurgiens un semblable résultat, car il a vu des plaies ainsi faites se vider très bien; et pour ce qui est relatif à la résection du coude, il disait à M. Gosselin que, si on ne procède pas d'abord à la section de l'humérus, on ne fait pas une bonne chose.

M. Chassaignac reconnaît enfin que le procédé proposé par lui n'est pas nouveau; il croyait le contraire, et il avoue s'être trompé.

Résultat de l'extirpation d'un polype du pharynx.

M. Robert présente le jeune homme qu'il a opéré d'un polype fibreux du pharynx en enlevant l'os maxillaire supérieur. La cicatrice extérieure est linéaire, et elle démontre l'avantage du mode opératoire indiqué par M. Velpeau.

M. Robert annonce qu'il a déjà pratiqué cette opération huit ou dix fois, et il fait remarquer, dans le cas actuel, qu'il n'y a ni dépression de la joue, ni prolapsus de la paupière; les deux sections osseuses ont été faites avec la scie à chaîne très nettement, et, dans la dissection des parties molles, l'instrument tranchant a rasé l'os; l'agglutination des deux lambeaux du voile du palais s'est effectuée comme M. Robert

l'avait indiqué lors de sa première communication, et on sent enfin vers le bord antérieur de la joue une bride fibreuse, tendue, résistante et qui paraît osseuse. Cette circonstance tient à ce que, l'os ayant été rasé de très près lorsque les parties molles ont été détachées, le périoste est peut-être resté dans l'intérieur de la plaie. De là sans doute aussi la raison pour laquelle la joue se trouve soutenue au lieu d'être déprimée. C'est pour la même raison que, selon M. Robert, il y aurait eu avantage aussi à disséquer la membrane muqueuse palatine et à la laisser dans le lambeau.

Quant au résultat de l'opération à l'intérieur de la bouche, il présente l'ouverture produite par l'ablation de l'os communiquant avec la cavité nasale et limitée en arrière par la réunion du voile du palais. Cette cicatrice, imperceptible, s'est consolidée pour ainsi dire par une bride résistante, qui lui sert de soutien pour remplacer le point d'appui formé précédemment par le bord postérieur de l'os maxillaire.

M. Robert est porté à croire que là aussi une portion du périoste a été conservée à l'avantage de la cicatrisation, et il conclut de ce résultat qu'il serait rationnel, en principe, de ménager le périoste comme un élément profitable au travail de réparation.

Il fait observer, enfin, que l'hiatus formé par l'ablation d'une moitié de la voûte palatine a diminué de diamètre, et qu'au fond de la bouche, dans le pharynx, existe une sorte de tubérosité. C'était la racine ou le pédicule du polype, que M. Robert persiste à considérer comme ayant eu son point d'insertion contre la colonne vertébrale.

M. Gosselin n'a aucune remarque critique à faire sur la nouvelle communication de M. Robert ; il demande seulement si dans les cas de ce genre le procédé indiqué récemment par M. Nélaton ne serait pas avantageux. Ce procédé consiste à pratiquer la perforation de la voûte palatine au lieu de la résection du maxillaire supérieur. M. Nélaton s'est contenté d'agir ainsi dans un cas où il ne pouvait atteindre et lier par

les narines le pédicule d'un polype des fosses nasales. Ce serait ainsi, dans bien des circonstances du moins, substituer un moyen fort simple à un mode opératoire plus compliqué.

M. Robert a une réponse facile à faire à M. Gosselin. Dans le cas dont il a entretenu la Société, comme dans un autre qu'il a sous les yeux maintenant, le polype est de ceux, malheureusement assez communs, qui présentent des embranchements multiples, séparés ainsi les uns des autres, tandis que dans le cas de M. Nélaton le polype n'offrait peut-être pas cette disposition. D'après cela, M. Robert admet volontiers que la perforation de la voûte palatine soit suffisante lorsque le polype est simple; mais il soutient qu'une opération plus complexe est nécessaire pour mettre à découvert et pour enlever les polypes dont les ramifications s'étendent en différents sens.

M. Gosselin se déclare satisfait de cette explication.

M. Chassaignac, après avoir félicité M. Robert du succès qu'il a obtenu, voudrait examiner le fait au point de vue du canal nasal, les larmes ne coulant pas sur la joue, et il propose de sonder avec le stylet d'Anel les voies lacrymales, afin de constater leur perméabilité.

M. Robert répond que le cours des larmes n'a éprouvé aucune altération.

M. Lenoir, pensant que M. Robert a présenté le malade pour faire apprécier aussi le mode de cicatrisation, croit qu'il n'y a dans ce tissu de cicatrice qu'une bride fibreuse susceptible d'acquérir par la suite une consistance plus ferme, plus résistante encore. Pas n'est besoin, selon M. Lenoir, de recourir à la supposition établie par M. Robert, à savoir : que cette bride fibreuse serait constituée par une partie du périoste. Le résultat signalé ici est tel qu'on l'observe souvent dans des cas de résection analogue à celle-là.

M. Lenoir rapporte à ce sujet qu'il a opéré, il y a cinq ou six ans, un malade qui s'est trouvé pendant longtemps dans des conditions à peu près pareilles. L'ablation du maxillaire

supérieur avait laissé à la voûte palatine une ouverture assez large faisant communiquer nécessairement la bouche avec le nez, et donnant à la voix un son nasillard. Cette ouverture s'est rétrécie peu à peu, et à tel point plus tard, qu'elle admettait à peine l'introduction d'une sonde de femme ; aujourd'hui, enfin, elle est presque entièrement oblitérée. Or, ajoute M. Lenoir, cela s'est fait sans périoste.

M. R. Marjolin désire savoir, à cet égard, si l'os enlevé par M. Robert avait encore son périoste, et, selon la pratique de Heine, de Wurtzbourg, il croit que la conservation du périoste est utile dans des cas semblables.

M. Robert n'a pas examiné le fait.

M. Larrey, en prenant la parole à la suite de cette discussion, désire seulement rattacher ce fait particulier à quelques faits généraux, sur la tendance remarquable de la nature à diminuer d'abord, à effacer ensuite, à réparer enfin les mutilations accidentelles des os. L'opinion émise et le cas cité par M. Lenoir au sujet du rétrécissement graduel des ouvertures de la voûte palatine pourraient s'appuyer sur d'autres preuves et se compléter par d'autres exemples. Ainsi, les pertes de substance de la voûte du crâne par des fractures comminutives ou par des applications du trépan ont de la tendance à se rétrécir de plus en plus ; de même que les mutilations de la face par écrasement ou par des coups de feu, en brisant les os en éclats, en emportant une partie des mâchoires, ont des résultats comparables à ceux des résections maxillaires, et favorisent l'oblitération des ouvertures osseuses aussi bien que le rapprochement des fragments d'os séparés. M. Larrey a pu constater des résultats de ce genre, d'ailleurs exposés par son père, sur des têtes d'anciens soldats morts aux Invalides. Pareil phénomène s'observe sur d'autres régions à la suite de certaines lésions mécaniques des os, et spécialement pour les résections articulaires, sans qu'il soit toujours besoin d'expliquer ce mode d'occlusion et de réparation osseuse par l'influence du périoste.

Plaies de la vessie.

M. Larrey termine la lecture de son rapport sur le mémoire de M. Demarquay. Cette seconde partie du travail de M. Larrey comprend d'abord des considérations pratiques sur la curabilité des plaies de la vessie, sur les causes de mortalité de ces blessures et sur l'anatomie pathologique, dont M. Demarquay pouvait faire un chapitre intéressant de son mémoire. Le rapporteur examine ensuite la question du traitement des plaies de la vessie, et après en avoir rappelé les indications, il cherche à apprécier successivement et dans un ordre méthodique les diverses médications. En premier lieu, le traitement médical et hygiénique ; ainsi les émissions sanguines, les émollients, les antispasmodiques, les réfrigérants, etc. ; en second lieu, le mode de pansement le plus convenable, et l'utilité de la position que n'avait point signalée non plus M. Demarquay.

M. Larrey insiste avec lui sur les avantages de la sonde placée dans la vessie ; sur l'utilité des injections dans les cas d'épanchement de sang ou d'hémorrhagie intravésicale, dans le but aussi de déterger les dépôts urineux, les foyers purulents, etc. Il signale l'usage des scarifications pour dégorger les parties infiltrées, et la pratique des débridements, ainsi que leurs indications, mais pour les adopter seulement avec réserve.

Les ponctious, les incisions, les contre-ouvertures offrent ensuite quelques applications utiles ; le séton, au contraire, ne saurait être sagement recommandé, malgré un fait qui lui semble favorable.

M. Demarquay, en appréciant de même ce moyen, ne parle pas du cautère actuel employé par MM. Vilardebo et Amussat dans des expériences pour obtenir l'oblitération d'une ouverture faite à la vessie.

Il ne dit rien non plus des intéressantes expériences de

M. Pinel Grandchamp pour obtenir par la suture la réunion des plaies de la vessie, et pour s'opposer aux épanchements urineux.

Le rapporteur étudie ensuite les moyens basés sur quelques indications spéciales : ainsi la lésion dn rectum, dont M. Demarquay a bien indiqué le traitement, et celle de l'urètre qui nécessite essentiellement l'introduction de la sonde.

L'auteur du mémoire, en soumettant à l'examen de la Société de Chirurgie la question de savoir si l'opération de la boutonnière ne serait pas utile dans certains cas, n'en cite cependant aucun à l'appui de sa proposition.

Il reproduit un fait d'ablation du testicule nécessitée par la lésion secondaire de cet organe.

Après cela, se présente dans le rapport la question importante de l'extraction des corps étrangers.

M. Larrey indique d'abord les cas dans lesquels ces corps étrangers peuvent sortir ou être retirés de la plaie, soit directement, avec ou sans débridement, soit indirectement, par une contre-ouverture, et il signale l'excellent conseil donné et suivi par M. Demarquay, dans les cas où le rectum se trouve intéressé: c'est d'agir par la voie ouverte de l'intestin pour extraire les corps étrangers de la vessie, soit avec le doigt, soit avec des pinces.

Le rapporteur indique ensuite la possibilité de l'issue par l'urètre de quelques corps étrangers assez ténus pour s'engager dans cette voie, et il mentionne le fait de Ledran, justement critiqué pour avoir prétendu dissoudre par le mercure un fragment de plomb tombé dans la vessie.

M. Larrey n'admet non plus qu'avec beaucoup de réserve l'application de la lithotritie dans les cas de calcul vésical dont le noyau est un projectile métallique, malgré une assertion favorable de Dupuytren, malgré surtout une observation de M. Le Roy-d'Etiolles, rapportée par M. Demarquay, mais de laquelle il résulte qu'après plusieurs séances douloureuses de

lithotritie, et depuis dix-huit mois de la blessure, la guérison définitive est encore douteuse aujourd'hui.

C'est, au contraire, dans des conditions semblables que l'opération de la taille est nettement indiquée. L'auteur du mémoire a reproduit les principaux faits connus qui s'y rattachent, et le rapporteur les indique sommairement. Il apprécie l'époque à laquelle l'opération semble devoir être faite, en général, et il expose le choix des méthodes de cystotomie, soit suspubienne, soit périnéale, en proposant de réserver la taille recto-vésicale aux cas de lésion simultanée de la vessie et du rectum.

M. Larrey rappelle enfin l'importance des soins consécutifs, et l'intérêt qu'offrirait l'étude de la cicatrisation des plaies de la vessie; il signale les causes de déchirure de la cicatrice, dont M. Demarquay rapporte un exemple remarquable, puis les fistules vésicales, si longtemps persistantes dans certains cas, et enfin les cas bien plus rares de hernie consécutive ou de cystocèle traumatique, comme autant de lésions secondaires à peine énoncées par les auteurs au point de vue des plaies de la vessie, et qui mériteraient de curieuses recherches.

M. Larrey achève la lecture de ce long rapport par une appréciation critique du mémoire de M. Demarquay, par une simple énumération de ses autres travaux et par cette double conclusion :

1° D'admettre M. Demarquay au nombre des membres résidents de la Société de Chirurgie;

2° De renvoyer son travail au comité de publication.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

On décide aussi que le rapport de M. Larrey sera inséré dans les mémoires de la Société.

On procédera, dans la prochaine séance, à l'élection de MM. A. Forget et Demarquay.

— La séance est levée à cinq heures et demie. H. L.

Séance du 26 *décembre* 1849.

Présidence de M. Deguise père.

Polypes fibreux du pharynx et de la base du crâne.

M. Nélaton, à propos du procès-verbal, demande la parole pour faire quelques remarques relatives aux polypes fibreux de la base du crâne. L'intéressante observation communiquée par M. Robert mérite d'être suivie dans ses résultats ultérieurs ; « car, dit M. Nélaton, le point capital pour les faits de ce genre n'est pas la guérison provisoire, mais la guérison définitive, tant il faut craindre une récidive quelque temps après l'opération. » C'était non-seulement pour mettre à découvert le siége ou le foyer de la maladie qu'il a pratiqué la perforation de la voûte palatine, mais c'était encore pour ménager ainsi une voie tout ouverte par laquelle on pût constater d'une manière continue l'état des parties et les suites de l'extirpation du polype; c'était, en un mot, pour avoir la facilité de prévenir ou de combattre plus sûrement et plus simplement la reproduction de la tumeur. Il y a un an que M. Nélaton a pratiqué cette opération, et il a constaté qu'il n'y avait pas encore la moindre trace de récidive.

C'est, du reste, le résultat qu'il est permis d'espérer lorsque le polype est pourvu d'un pédicule étroit, et se trouve ainsi facile à enlever; mais la guérison radicale est plus rare lorsque le polype est implanté largement.

« M. Larrey, ajoute M. Nélaton, a appelé l'attention de la Société sur un point important de la pathologie des os du crâne et de la face en indiquant la tendance de la nature à fermer ou à réparer les pertes de substance que ces os ont éprouvées. »

A l'appui des observations faites par M. Larrey, M. Nélaton a constaté un exemple remarquable de cette régénération sur un petit malade, auquel il avait enlevé une partie de la

voûte palatine, en ayant la précaution de disséquer le périoste et de ménager aussi la membrane muqueuse. Le résultat de cette opération fut tel que la presque totalité de la voûte palatine se trouva plus tard reconstituée.

M. Lenoir (d'après une note communiquée) n'est pas convaincu que l'opération en partie renouvelée de Manne et perfectionnée par M. Nélaton, opération que ce chirurgien a exécutée avec un succès remarquable dans le cas qu'il vient de rappeler à la Société, remplisse mieux que l'opération faite par M. Robert l'indication, qui est de découvrir le polype jusqu'à son pédicule, afin de pouvoir d'abord en pratiquer facilement l'excision et, consécutivement, de pouvoir par des applications caustiques répétées s'opposer à la repullulation.

M. Lenoir trouve que l'ablation de l'os maxillaire tout entier donne plus de jour et établit une voie plus directe qu'une incision médiane du voile du palais, à laquelle on ajoute une perte de substance plus ou moins étendue des os qui forment la voûte palatine. Il trouve surtout que l'ouverture que l'on pratique dans ces deux cas a plus de tendance à persister quelque temps quand elle résulte de l'extirpation totale de l'os que quand elle est la suite de la perforation de la seule apophyse palatine. M. Lenoir croit se rappeler que dans l'opération que fit M. Nélaton le rapprochement des bords de l'incision du voile du palais s'opéra spontanément dès le lendemain et qu'il fallut plusieurs fois les désunir afin d'entretenir l'ouverture qu'ils circonscrivaient.

La cicatrisation isolée de ces bords obtenue par ce moyen nécessita plus tard une opération de staphyloraphie, qui fut pratiquée au bout d'un certain temps, quand on eut acquis la certitude que le mal était détruit jusque dans sa racine.

Il semble à M. Lenoir que, si la désarticulation de la mâchoire supérieure dirigée contre les polypes de l'arrière-bouche constitue une opération grave dans ses suites et qui laisse après elle une difformité de la face, elle est cependant, dans ces cas difficiles de pratique chirurgicale, préférable à la per-

foration de la voûte palatine, car on ne peut nier qu'elle permette de mieux voir ce qu'on fait pendant tout le temps que dure le traitement et qu'elle n'exige pas d'être suivie comme l'autre d'une seconde opération.

M. Nélaton est de l'avis de M. Lenoir sous plusieurs rapports. Il admet comme lui que l'on ouvre une voie plus large au polype par l'ablation de l'os maxillaire; mais on doit reconnaître aussi que cette mutilation laisse plus de traces que la perforation de la voûte palatine. En effet, en enlevant la totalité du maxillaire, non-seulement on fait une opération plus grave et par elle-même et par ses suites, mais encore on sacrifie plusieurs dents, on détruit la base de l'orbite et on compromet plus ou moins les fonctions des organes en rapport avec cette portion de la mâchoire supérieure.

M. Nélaton croit enfin que M. Lenoir ne semble pas bien renseigné sur le fait qui lui est propre; et, s'il est vrai que l'adhérence du voile du palais se soit formée promptement, il faut ajouter que cette adhérence, ayant été aussitôt détruite, a permis pendant six semaines de voir ce qui se passait dans le fond de l'ouverture.

M. Debout rappelle seulement que le polype enlevé par M. Robert nécessitait par sa nature et ses embranchements l'opération telle qu'elle a été faite.

Correspondance.

M. Vidal (de Cassis) offre une brochure qu'il a publiée récemment sous forme de lettres, et qui a pour titre: *Des Inoculations syphilitiques.* « J'ai cru, dit M. Vidal en terminant ce travail, que ma position à l'hôpital du Midi, que mes méditations sur la méthode expérimentale en médecine, me donnaient le droit de dire ce que je croyais être la vérité sur les *incertitudes*, les *difficultés* et l'*insuffisance* des inoculations syphilitiques. »

M. le président remercie M. Vidal de son envoi.

— M. Amussat adresse à la Société de Chirurgie un *Mé-*

moire imprimé en 1842 *sur l'anatomie pathologique des tumeurs fibreuses de l'utérus, et sur la possibilité d'extirper ces tumeurs lorsqu'elles sont encore contenues dans les parois de cet organe.*

M. Huguier est désigné par M. le président pour faire un rapport verbal sur ce mémoire, et M. le secrétaire adressera une lettre de remercîments à M. Amussat.

Élections.

On procède à l'élection de deux membres résidents : M. Amédée Forget, dont le travail sur la *grenouillette* a été le sujet d'un rapport de M. Danyau, et M. Demarquay, dont le mémoire sur *les plaies d'armes à feu de la vessie* a eu pour rapporteur M. Larrey, sont nommés l'un et l'autre, à la majorité des voix, membres de la Société de Chirurgie.

Tumeur osseuse de la face.

M. Michon présente un jeune homme d'une vingtaine d'années, d'assez bonne constitution, exempt de toute maladie constitutionnelle et notamment de syphilis, chez lequel une tumeur de la face s'est développée depuis trois ans. Cette tumeur, survenue sans cause appréciable, siége à la joue du côté droit. Elle s'est manifestée d'abord sans douleur; mais son origine près de l'orbite a rendu l'œil larmoyant et déterminé de l'exophthalmie. Les progrès du mal ont paru peu sensibles pendant six mois; mais depuis deux ans et demi ils ont été considérables. Le malade, envoyé à Lyon pour s'y faire traiter, n'a pu y rester, et il est venu à Paris. M. Michon, qui l'a reçu dans son service, l'a donc fait venir devant la Société pour que chacun de ses membres pût l'examiner et lui donner un avis sur le diagnostic et sur les moyens de traitement à employer.

M. Huguier, d'après le peu de mots que M. Michon vient de dire, et ayant bien examiné son malade, assignerait pour siége à cette tumeur, non la cavité du sinus maxillaire, mais

l'épaisseur de ses parois, et surtout de sa paroi supérieure. Ce ne serait donc, selon lui, ni une hydropisie, ni un kyste ou toute autre affection du sinus, mais probablement une exostose, dont la consistance dure et dense est palpable; tandis que, si la cavité se trouvait malade, elle serait distendue et déterminerait la saillie, la mobilité de quelques dents. Toutes les parties, au contraire, sont en place; le mal semble bien localisé; une légère fluctuation se manifeste seulement à la partie interne, vers le grand angle de l'œil, où existe une tumeur lacrymale avec déformation du nez et refoulement de la cloison nasale de droite à gauche; une induration très prononcée est appréciable à l'extrémité du doigt introduit dans la fosse nasale correspondante. M. Huguier serait, d'après de tels signes, porté à admettre la possibilité d'un calcul des voies lacrymales, et il ne voit guère de raisons plausibles pour une exostose plutôt que pour un calcul. En y réfléchissant bien cependant, il incline davantage à croire qu'il s'agit ici d'une exostose.

Dans l'un ou l'autre cas, du reste, cette tumeur, selon M. Huguier, doit être enlevée, en ayant soin de l'attaquer par sa partie antérieure, et de ménager la lèvre et le nez dans cette opération.

M. Gosselin ne discute pas la question de savoir quelle peut être la nature de la maladie. Que ce soit probablement une exostose, que ce soit peut-être une dégénération de l'os maxillaire, la nécessité de l'enlever n'est pas douteuse. C'est donc de l'opération que M. Gosselin veut parler.

Ne serait-ce pas, selon lui, le cas d'appliquer une modification proposée par Auguste Bérard touchant 1° l'incision des parties molles, 2° la section des parties dures? Les difficultés qui se présentent d'après les procédés ordinaires rendent insuffisante une incision unique, soit verticale, soit oblique.

A. Bérard conseillait une incision en Y, ou deux incisions obliques l'une vers l'autre, prolongées en une seule, et constituant un lambeau externe, un lambeau interne et un lambeau

à la base supérieure formant l'écartement de l'Y. Ce lambeau supérieur, étant disséqué et relevé, permet aisément de découvrir une large surface par l'écartement des deux lambeaux latéraux, et facilite l'opération en formant la branche inférieure de l'Y par une incision prolongée jusqu'à la lèvre.

Quant à la section osseuse, il semble que l'on pourrait conserver l'arcade dentaire qui est saine, en faisant usage soit de la scie à chaîne, soit de toute autre.

M. Chassaignac a remarqué, comme M. Huguier, la saillie rugueuse qui existe à la partie interne de la fosse nasale, et il pense que l'on pourrait peut-être agir efficacement sur ce point avec une pince à polype, par exemple, comme pour enlever un séquestre, parce qu'il lui semble que les deux cornets sont nécrosés. M. Chassaignac s'en réfère cependant au diagnostic d'une exostose, mais il dit que M. Lenoir a reconnu une dépression de la voûte palatine.

M. Huguier avait eu aussi l'idée d'une nécrose des cornets ; mais alors il s'est dit que leurs articulations devraient les rendre mobiles, tandis que cette partie de la région malade fait corps avec la tumeur. Il pense enfin que c'est peut-être seulement une portion de cette tumeur nécrosée.

M. Lenoir, d'après les renseignements fournis par M. Michon, soupçonne une tumeur d'une toute autre nature. Il a vu sur un cadavre une tumeur analogue à celle-là : son siége était le même, et les effets mécaniques étaient semblables aussi. La dissection démontra que cette tumeur était formée par un fongus de la dure-mère, qui avait perforé la lame criblée de l'ethmoïde. « C'est là, dit M. Lenoir, un fait peut-être » unique dans la science, et il serait permis de supposer, jus- » qu'à un certain point, quelque chose de semblable chez le » malade de M. Michon; mais la voûte palatine est molle, » dépressible, et semble annoncer que la tumeur, développée » plutôt dans l'intérieur du sinus maxillaire, repose ainsi sur » la voûte palatine et se prolonge de ce côté. »

Quant à l'opération, M. Lenoir, admettant la nécessité d'en-

lever cette tumeur, propose d'agir comme il l'a fait dans un cas en ville, sous les yeux de Lisfranc. Il a pratiqué d'abord une incision verticale commençant à peu près à la racine du nez, et abaissée vers la lèvre; il a fait ensuite une incision transversale étendue de la commissure labiale vers la partie moyenne de la joue; puis, après avoir disséqué, relevé, soutenu le lambeau ainsi formé, il a ponctionné avec le bistouri la tumeur dont la consistance et l'aspect se trouvaient comparables à un navet; et enfin, après avoir décidé que l'ablation de l'os maxillaire devait être faite, il l'a exécutée aussitôt. Ce serait là, sans doute, l'opération qu'il conviendrait de faire dans le cas présent.

M. Chassaignac rappelle le fait que M. Lenoir vient de rapporter, et il a examiné la pièce pathologique à la Société anatomique, lorsqu'il en était le secrétaire.

Il se souvient aussi d'avoir vu, à la Salpêtrière, une tumeur analogue formée par un fongus de la dure-mère. Le fait cité par M. Lenoir n'est donc pas le seul de ce genre.

M. Michon s'empressera de profiter des avis qui viennent de lui être donnés; mais il trouve que l'on n'a pas répondu à quelques points embarrassants de la question.

Pour ce qui est du diagnostic, on peut fort bien admettre l'existence d'une exostose, parce qu'en examinant la tumeur, on sent facilement la saillie formée par l'os maxillaire; son apophyse montante est très prononcée, ainsi que l'articulation de cet os avec l'os jugal, qui semble plus petit ou déprimé; le sinus est sain, car la fosse canine est intacte, tandis que l'apophyse malaire se trouve très développée; le plancher de l'orbite semble être le siége de la maladie, et le womer, de même que la lame criblée de l'ethmoïde, paraissent déjetés de côté.

Pour ce qui est du traitement, les difficultés sont tout autres. Il faudrait, pour pratiquer une opération complète, arriver très près de la base du crâne, et on ne peut se dissimuler les dangers d'une semblable opération. Le malade, d'ailleurs,

ne souffre pas, ou il ne souffre que très peu, et vit très bien, sauf cette difformité de la face. M. Michon craint donc la difficulté d'enlever et de séparer la tumeur, sans parler des indications secondaires, telles que la nécessité de refaire ultérieurement une partie du nez ; mais, en tout cas, s'il se décide à pratiquer l'opération, il convoquera ses collègues à y assister.

M. Huguier distingue deux choses dans ce que M. Michon vient de dire : l'une tient au diagnostic, l'autre au traitement. Il lui suffira, pour le diagnostic, de déclarer n'avoir pas dit que ce fût une exostose simple, mais une tumeur osseuse ; et les tumeurs osseuses, dans l'acception générale du mot, peuvent être diversement composées.

Quant au traitement, c'est-à-dire quant à l'opération, M. Huguier n'admet pas, comme M. Michon, qu'il soit très difficile d'isoler et de séparer la tumeur, parce qu'elle s'avance vers la lame criblée de l'ethmoïde. Ce n'est pas en faisant corps avec les parties voisines, mais en les refoulant, que la tumeur semble s'être développée ; c'est pourquoi elle laisserait peut-être assez de facilité à l'ablation.

M. Huguier croit donc que M. Michon s'exagère les difficultés de cette opération, et qu'il n'a pas assez de confiance dans son habileté chirurgicale.

— M. Chassaignac fait la communication suivante, qui lui paraît offrir de l'intérêt, comme prouvant la rapidité avec laquelle s'établit la récurrence anastomotique dans la carotide externe, immédiatement après la ligature de la carotide primitive du même côté. Il opérait dernièrement un homme de soixante-sept ans d'une énorme tumeur encéphaloïde ulcérée, siégeant à la région parotidienne droite. Cette tumeur envoyait un prolongement qui descendait dans la direction de la carotide. Ne connaissant pas à l'avance à quelle profondeur pénétraient les racines de la tumeur, et celle-ci paraissant richement pourvue de vaisseaux, il crut devoir passer sous la

carotide primitive une ligature, qu'on peut appeler conditionnelle, car elle ne devait être serrée que s'il devenait indispensable de le faire. Cette ligature, dans le cas particulier, a rendu le double service 1° de modérer l'hémorrhagie à volonté pendant la dissection de la tumeur, quand le sang jaillissait avec trop d'abondance; car il suffisait de presser avec le doigt sur l'artère au niveau du contre-appui formé par la ligature. 2° L'autre avantage résultant de cette précaution a été de se mettre en garde contre les hémorrhagies consécutives auxquelles on devait s'attendre après l'ablation de cette tumeur, qui comprenait toute la glande parotide. Celle-ci a été extraite complétement, de manière à laisser voir les muscles du bouquet de Riolan et toutes les parois de l'espèce de boîte dans laquelle elle est encaissée. Cette ablation complète de la parotide ne put avoir lieu sans la section du nerf facial, de la portion du conduit auditif compris dans la tumeur, et de la carotide externe, qui fut coupée en travers. Au moment où eut lieu cette section de la carotide, on vit sortir de son orifice inférieur un très beau jet sanguin en arcade. Il y avait seulement ceci de particulier, que le jet, au lieu d'être intermittent et saccadé, était continu à la manière de celui qui sort d'une veine. Il ne pouvait y avoir de doute sur l'exactitude de la ligature placée sur la carotide primitive; car on avait eu soin de la serrer assez fortement pour être sûr que les deux tuniques internes étaient coupées. Immédiatement après l'opération le malade était dans l'impossibilité de fermer l'œil droit, et il y avait paralysie de la commissure labiale du même côté. On a eu l'occasion de suivre chez ce malade la marche des altérations de la cornée quand l'œil reste constamment ouvert, sans pouvoir être protégé par la paupière supérieure. Il y a eu d'abord comme une desquamation de la couche la plus superficielle de la cornée; ce n'est qu'ensuite que s'est produite une ulcération perforante du corps même de cette membrane.

M. Huguier rappelle, à cette occasion, que M. Magendie a

signalé autrefois des résultats semblables dus à la section du nerf facial.

Quant au rétablissement de la circulation anastomotique et à l'hémorrhagie artérielle sans saccade, il considère aussi ce phénomène comme curieux à connaître.

L'heure avancée de la séance ne permet pas d'engager une discussion sur le fait qui vient d'être communiqué.

H. L.

Séance du 2 janvier 1850.

Présidence de M. Deguise père.

Tumeurs dites fongueuses de la dure-mère.

M. Larrey, après la lecture du procès-verbal, et à propos des faits indiqués de tumeurs fongueuses, rappelle d'abord que M. Lenoir a cité, comme étant unique peut-être, un cas de fongus de la dure-mère développé à la base du crâne et saillant au grand angle de l'œil; il rappelle aussi que M. Chassaignac a dit avoir observé, sur le cadavre, un second cas analogue; mais M. Larrey ajoute que ces deux faits ne sont pas les seuls vraisemblablement; et, à part ceux qu'il serait possible de trouver dans les auteurs, il désigne l'une des dix-neuf observations du mémoire de Louis comme offrant des caractères analogues à ceux des deux cas précités.

M. Larrey signale à cette occasion, et sur le même sujet, une thèse qui lui paraît devoir être mentionnée (1). L'auteur de cette thèse, M. Valette, chirurgien aide-major de l'armée, a étudié la question des tumeurs fongueuses, non-seulement d'après les auteurs, et surtout d'après Louis, dont il a analysé les observations, mais encore d'après quelques faits qu'il a eu occasion d'examiner lui-même pendant son internat à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Il démontre que le diagnostic des tumeurs dites

(1) Dominique Valette, *Des tumeurs fongueuses de la dure-mère et des os du crâne.* Paris, 1846.

fongueuses de la dure-mère a été souvent erroné ; que leur siége n'a pas toujours été bien défini; qu'elles se développent dans l'épaisseur des os du crâne, et spécialement du diploé, bien plus souvent qu'aux dépens des méninges ; et que le plus grand nombre de ces tumeurs sont des cancers. « Presque toutes celles qui ont été décrites, dit M. Valette, étaient constituées par du tissu encéphaloïde; il peut arriver cependant, ajoute-t-il, que ces dégénérescences soient d'une autre nature. »

M. Larrey, sans insister sur les citations qu'il pourrait faire de cette thèse, y trouve l'observation de Louis à laquelle il faisait allusion en commençant, indiquée en ces termes : *Tumeur fongueuse de la base du crâne faisant saillie au grand angle de l'œil. Cautérisation de la partie exubérante avec une pierre à cautère. Mort deux jours après.*

M. Giraldès se souvient que M. Cruveilbier a cité un ou deux cas analogues à celui-là, soit dans son *Anatomie pathologique*, soit ailleurs. L'une de ces tumeurs fongueuses, faisant saillie à la base du crâne, proéminait dans le nez, où elle fut prise et liée pour un polype par un chirurgien que M. Giraldès ne nomme pas.

M. Chassaignac, à propos de la communication faite par M. Larrey, exprime l'opinion suivante :

Sous le nom de fongus de la dure-mère, ont été décrites des affections qui, avec une physionomie symptomatologique commune, offrent des différences de siége aussi bien que des différences de nature.

Sous le rapport du siége, ou point de départ, ces tumeurs peuvent provenir du péricrâne externe, des lames osseuses externes, du diploé, des lames osseuses internes, de la face externe, de la dure-mère, de la face interne de la même membrane, ainsi que l'a prouvé Chélius, et même des autres membranes du cerveau et de la substance cérébrale elle-même. Sous le rapport de la nature, M. Chassaignac a avancé, dans sa thèse sur les tumeurs du crâne, qu'on devait admettre qua-

tre variétés, savoir : le fongus encéphaloïde, le fongus squirrheux, le fongus fibro-plastique et le fongus érectile.

Si l'on veut tenir compte des faits consacrés dans la science sous le nom de fongus de la dure-mère, on voit que c'est un groupe nosologique très mal constitué, puisqu'il renferme, sous une dénomination commune, des lésions qui n'ont ni la même nature, ni le même point de départ ; un jour viendra peut-être où l'on possèdera assez d'observations de ongus naissant directement de la dure-mère pour qu'on puisse constituer sur des caractères bien arrêtés une histoire des véritables fongus de cette membrane. Jusque-là, l'identité de cette maladie n'est pas constituée, et l'on tombe aussi bien dans l'erreur en se rapportant à la théorie exclusive de Louis, qui a enseigné que les tumeurs fongueuses se développaient primitivement sur la face externe de la dure-mère, qu'en s'en rapportant à la théorie non moins exclusive de Walther, qui prononce d'une manière absolue que les fongus de la dure-mère n'appartiennent point à cette membrane, mais bien aux os du crâne, et particulièrement au diploé. L'erreur de Louis provient de ce qu'ayant cru voir dans les deux seuls faits observés par lui le point de départ de la maladie à la dure-mère, il avait indûment généralisé cette idée, en admettant, par une induction fort peu légitime, qu'il en était de même dans les dix-neuf autres observations citées par lui. L'erreur de Walther provient de ce qu'ayant parfaitement constaté, dans certains cas, l'origine de la tumeur dans le diploé, il a pensé qu'il en était toujours ainsi, que cela faisait loi, et que toutes les tumeurs qualifiées de fongus de la dure-mère avaient cette même origine.

Avec les faits que la science possède aujourd'hui, ces opinions exclusives ne sauraient être admises. Il en est de même de celles qui assignent à ces tumeurs une composition toujours identique, soit squirrheuse, soit encéphaloïde, soit fibroplastique.

On voit donc, ainsi que M. Chassaignac l'a dit en commen-

çant, que le groupe nosologique désigné sous le nom de fongus de la dure-mère renferme des maladies qui, avec un ensemble de symptômes à peu près semblables, présentent des différences de siége et de nature, ce qui va contre le principe de toute bonne classification.

M. Larrey fait observer que M. Valette n'a pas eu la prétention d'exposer dans sa thèse des idées absolument originales sur les tumeurs dites fongueuses de la dure-mère, ni de leur assigner le diploé pour siége ou pour origine à peu près unique. Et la preuve, c'est que, en tenant compte de l'opinion des auteurs et de la nature des faits, il établit, à peu près comme M. Chassaignac, que les tumeurs peuvent avoir leur siége tantôt dans les membranes, tantôt dans les os ; ainsi, dans le premier cas, leur point de départ peut-être :

1° Le tissu cellulaire sous-arachnoïdien ou même la pie-mère ;

2° La face interne de la dure-mère ;

3° La face externe de cette membrane.

Les tumeurs appartenant aux os peuvent avoir leur point de départ :

1° Dans le diploé;

2° Dans le péricrâne ou dans le tissu cellulaire qui unit cette membrane aux os.

M. Larrey, en citant cette classification, regrette que M. Chassaignac n'ait pas eu connaissance du travail de M. Valette, qui aurait pu lui fournir quelques utiles indications pour sa thèse sur les *tumeurs de la voûte du crâne* (1).

— M. Vidal (de Cassis) écrit qu'une bronchite assez forte l'empêchera d'assister à la séance.

Relâchement des symphyses du bassin.

M. Ferdinand Martin lit un mémoire sur un relâchement particulier des symphyses du bassin persistant après l'accouchement.

(1) M. Chassaignac.

Il expose d'abord les erreurs de diagnostic auxquelles a donné lieu ce relâchement généralement méconnu ; il en signale l'existence constante manifestée à des degrés différents, et il en signale les caractères, qui sont du reste en rapport avec les conditions physiologiques propres à faciliter l'accouchement.

La question essentielle examinée par M. Martin dans cet état devenu pathologique après l'acte de la parturition, c'est le remède applicable au mal ; et sa thérapeutique, fondée sur le diagnostic, s'appuie elle-même sur quatre observations.

Ces observations sont relatives à des femmes chez lesquelles le relâchement des symphyses du bassin, méconnu pendant fort longtemps, avait déterminé une gêne extrême ou absolue dans la locomotion. Les traitements les plus variés avaient été par conséquent inutiles, et la guérison ne put s'effectuer qu'à l'aide d'une large ceinture en acier. Cette ceinture, imaginée par M. Martin, embrassait le bassin, et, en lui rendant sa solidité, permettait aux malades de marcher immédiatement ; et, ramenant peu à peu les symphyses à leur état physiologique, assurait la guérison au bout d'un certain temps.

M. Martin croit cette guérison toujours possible dans les cas analogues à ceux qu'il rapporte, et il termine son mémoire en indiquant certaines précautions propres à assurer le succès de ce moyen contentif.

Une commission, composée de MM. Danyau, R. Marjolin et Chassaignac, examinera le mémoire de M. F. Martin et en rendra compte à la Société.

Tailles périnéales.

M. Lenoir a eu récemment l'occasion de pratiquer deux opérations de taille dans des circonstances qui lui paraissent offrir de l'intérêt.

La première observation est relative à un homme qui éprouvait depuis plusieurs mois des pesanteurs vers le péri-

née. Il en ressentit un tel malaise qu'il consulta un médecin, et, d'après son conseil, fit une application de sangsues dans la région douloureuse. L'existence d'un calcul n'avait été nullement soupçonnée ; les accidents persistèrent, et le malade alors vint consulter M. Lenoir, qui, en pratiquant le cathétérisme, sentit une résistance au passage de la sonde dans la région prostatique, et constata dans ce point la présence d'un calcul. D'après cette seule indication si précise, il fit au périnée une simple incision demi-circulaire, comme celle du premier temps de l'opération de la taille bilatérale. Le doigt, introduit dans la plaie, toucha facilement la pierre ; le lithotome double de Dupuytren divisa la prostate sans pénétrer dans la vessie, et l'extraction du calcul fut faite sans difficulté.

Ce calcul offre le volume d'un petit œuf de pigeon et une forme olivaire assez remarquable. Sa face antérieure, répondant au verumontanum, semble en conserver l'empreinte en se prolongeant dans la portion membraneuse, et sa face postérieure, en rapport avec le col de la vessie, est lisse et polie comme si elle avait été soumise à des contractions et à des frottements ; car ce calcul se trouvait évidemment contenu dans la prostate en deçà de la cavité de la vessie, circonstance qui a permis à M. Lenoir de limiter son incision à la prostate sans intéresser le col vésical ; et la preuve, c'est qu'il ne s'écoula point d'urine pendant l'opération, tandis qu'une sonde ayant été introduite immédiatement après permit au malade d'uriner abondamment, et il eut plus tard la faculté de satisfaire ce besoin à volonté.

Ce n'est pas tout pour ce malade: deux ou trois jours après son opération, M. Lenoir, en introduisant une sonde dans la vessie, y trouva un second calcul qui lui parut offrir peu de consistance, et, pour cette raison, il se disposait à employer la lithotritie, lorsqu'il reconnut ensuite que cette nouvelle pierre, assez petite du reste, avait franchi le col et s'était logée dans l'espace qu'il désigne sous le nom de poche prosta-

tique. Il opéra sur place le broiement du calcul, et en fit ainsi l'extraction. Le malade, presque guéri maintenant, est sur le point de sortir de l'hôpital.

La seconde observation se rapporte à un homme de soixante-seize ans, entré d'abord à Necker dans le service de M. Civiale, qui constata que la lithotritie était inapplicable à cause d'un catarrhe vésical et d'une hypertrophie de la prostate, et qui, en conséquence, adressa le malade à M. Lenoir.

La taille latéralisée, malgré la difficulté prévue résultant de l'épaisseur du périnée, fut faite de préférence à toute autre méthode, et plutôt surtout que la taille suspubienne, parce qu'en opérant par le périnée on a, dit M. Lenoir, l'avantage de faire à la prostate une incision qui agit comme moyen de dégorgement. De plus, ajoute-t-il, en agissant par-dessus le pubis, on éprouve des difficultés à introduire la sonde à dard dans la vessie et aussi à faire sortir l'urine, comme on peut d'ailleurs s'en rendre compte.

L'opération annihilée pour ainsi dire, quant à la douleur, par le chloroforme, fut très laborieuse dans son exécution, à cause de l'épaisseur considérable du périnée qui rendait l'accès de la vessie difficile; la prostate était volumineuse ; l'ouverture de quinze lignes faite avec le lithotome fut insuffisante, et il fallut, par une forte dépression de la prostate, élargir la voie. M. Lenoir introduisit le bouton d'abord, puis les tenettes, et il parvint à extraire successivement quatre calculs. Il ne mit rien dans la plaie, afin de laisser couler l'urine librement ; aucun accident primitif ne survint ; le malade n'eut point de fièvre, et il se trouva très bien pendant deux ou trois jours. Mais alors se déclara une rétention d'urine produite par le gonflement des tissus et les adhérences des bords de la plaie. Il fallut, pour y remédier, détruire ces adhérences, et aussitôt s'effectua l'issue d'une grande quantité d'urine; une grosse sonde introduite par la plaie fut maintenue à demeure dans la vessie; l'accident ne s'est pas reproduit ; le malade est en bon état, et on peut présumer sa guérison.

M. Chassaignac a écouté attentivement l'intéressante communication faite par M. Lenoir, et, en prenant la parole, il n'a en vue que le premier des deux malades. Il y a cinq ou six ans qu'il a fait précisément à Necker, sous les yeux et sous la direction même de M. Lenoir, une taille de ce genre, qu'il a appelée *taille prostatique* en publiant l'observation. Il éprouva des difficultés extrêmes à faire agir le lithotome, à tel point qu'il fut obligé d'inciser directement sur la saillie formée par le calcul, comme on aurait agi pour l'extraction d'une balle.

M. Chassaignac demande à M. Lenoir comment il a pu ouvrir et développer le litbotome dans le point qu'il a indiqué sans pénétrer dans la vessie. Il ne comprend pas, quant à lui, que cela ait été possible. Et d'ailleurs, la disposition du calcul, par sa surface lisse et polie, annonçait sans doute son contact avec le second calcul d'abord contenu dans la vessie.

M. Morel-Lavallée n'a que peu de chose à dire : c'est relativement à l'influence du nombre des calculs sur l'aspect de leur surface. Ainsi, les calculs multiples peuvent offrir une surface lisse et arrondie en raison sans doute de leurs frottements réciproques, et à l'exclusion de tout point de contact. Par conséquent, l'explication donnée par M. Chassaignac ne serait pas juste.

M. Robert veut seulement adresser une question à M. Lenoir au sujet de son second malade. Il lui demande pourquoi il a introduit la sonde par la plaie plutôt que par l'urètre ; n'y avait-il pas à craindre une fistule en détruisant les adhérences qui s'étaient formées ?

M. Lenoir répond que le moyen le plus sûr, selon lui, de remédier vite aux accidents de la rétention d'urine était d'ouvrir la voie déjà faite, et il ne pense pas avoir pour cela compromis la guérison de son malade, d'autant que l'opération était récente, en lui réservant la facilité de pénétrer en suite dans la vessie par l'urètre. Il a suivi d'ailleurs, dans

cette circonstance, la pratique de M. Cloquet, et il espère que rien de fâcheux n'en adviendra.

M. Michon désire avoir quelques renseignements et faire quelques réflexions sur la communication qui vient d'être faite.

« M. Lenoir, dit-il, en pratiquant la taille périnéale, et en choisissant la taille latéralisée, a exposé les raisons qui l'ont décidé à agir ainsi; mais il n'en a pas moins éprouvé de grandes difficultés. Il devait s'attendre d'abord à voir le malade exposé aux accidents d'une rétention d'urine; car en fendant une prostate aussi volumineuse et aussi dure, il avait à craindre la réunion de son tissu divisé, ainsi que l'engorgement inflammatoire; accidents auxquels il put remédier en donnant issue à deux litres d'urine. — Vous avez fait, en un mot, dit M. Michon à M. Lenoir, une plaie très élastique avec tendance à la rétention d'urine; et en portant une canule dans cette plaie, vous favorisez la formation d'une fistule qui s'organisera, en même temps que vous faites perdre à la vessie l'habitude de se débarrasser de l'urine. — Mieux vaudrait certainement placer la sonde dans les voies naturelles. »

Quant à la facette du calcul, M. Michon croit en effet que c'est là une facette de contact, et il lui semble probable que la facette du calcul brisé correspondait à l'autre.

Pour ce qui est de la manœuvre opératoire, il répond à l'objection faite par M. Chassaignac en disant que M. Lenoir agissait dans une espèce de poche prostatique accessible à l'action du lithotome, comme le serait une excavation vésicale. M. Michon, enfin, a observé une disposition semblable, c'est-à-dire l'existence d'une poche prostatique chez un ancien professeur d'histoire du collége Louis-le-Grand, M. Durozoir, qui fut opéré par M. Le Roy-d'Etiolles.

M. Chassaignac prie M. Lenoir de comprendre dans la réponse quelque chose sur la taille bilatérale, qu'il croit préférable aussi pour débrider la prostate.

M. Lenoir répondra en quelques mots.

Il maintient d'abord ce qu'il a dit pour le premier malade, à savoir : que le calcul logé dans la prostate l'avait distendue sensiblement. La disposition de ce calcul, répondant d'une part à la saillie du verumontanum, ne communiquait pas, d'une part, avec la vessie, et n'était point en contact avec l'autre calcul. Pas une goutte d'urine ne s'est écoulée pendant l'opération ; donc l'instrument n'a pas pénétré dans la vessie, et par conséquent le col de cet organe est resté intermédiaire aux deux calculs.

M. Lenoir rappelle, pour le second malade, que le calcul laissait autour de lui un petit intervalle ou espace libre permettant l'action de l'instrument. C'est en retirant le litbotome que la portion membraneuse a été incisée, et c'est par cette espèce de débridement que l'extraction du calcul a été faite. Quant à la sonde, M. Lenoir a l'intention d'en introduire une par l'urètre dans quelques jours, et sous ce rapport, dit-il, il n'y a pas péril en la demeure. Il fera le cathétérisme dès qu'il le pourra.

« On m'a demandé, ajoute M. Lenoir, pourquoi je n'avais pas eu recours à la taille bilatérale. Je l'ai dit, en incisant la prostate j'ai voulu en même temps en opérer le dégorgement. Je regrette même de n'avoir pas fait dans ce but une double incision demi-transversale, demi-oblique, d'après le procédé de Senn ; mais j'aurais eu de la peine à y réussir, à moins d'un bistouri boutonné très long ou du lithotome simple. L'incision que j'ai faite, quoique insuffisante, me semblait indiquée en définitive. »

M. Robert exprime l'idée que l'on aurait pu recourir à la taille quadrilatérale de M. Vidal (de Cassis).

M. Lenoir, pour compléter son argumentation, croit que la taille bilatérale de Dupuytren n'assure pas d'aussi bonnes conditions d'extraction. On a, dit-il, une incision moins étendue en réalité que dans l'opération indiquée par Senn ; mais il reconnaît, avec M. Michon, que l'on aurait par cette méthode mieux divisé la prostate. S'il avait fait une taille bilatérale, il

n'aurait pas choisi le procédé de Dupuytren, dont l'incision est mal disposée pour l'extraction des gros calculs. Il aurait préféré une incision à angle plus ouvert, comme l'a très bien indiqué M. Senn dans sa thèse, et M. Lenoir en trace le dessin au tableau.

M. Chassaignac considère ce que vient de dire M. Lenoir comme un argument plus favorable que contraire à la taille bilatérale de Dupuytren. En effet, selon lui, le danger du procédé de Senn est précisément de ne pouvoir éviter de sortir de la prostate, malgré ce qu'a de spécieux, de géométrique même la démonstration de ce procédé, tandis que le véritable principe de l'opération a été posé par Dupuytren.

M. Lenoir ne conteste pas qu'il en soit ainsi, et il rappelle le précepte de Boyer, à savoir: qu'il faut suivre l'incision avec l'instrument ou le lithotome simple, pour ne pas s'exposer à blesser les parties placées sur les côtés de la prostate. Or l'opération eût été très faisable ainsi chez son malade. C'est tout ce qui lui restait à dire.

MM. Chassaignac, Giraldès et quelques autres membres échangent encore quelques réflexions secondaires sur le même sujet; mais l'heure avancée nécessite la levée de la séance.

Séance du 9 janvier 1850.

Présidence de M. Deguise père.

Taille bilatérale.

A l'occasion du procès-verbal, une discussion s'engage entre MM. Vidal (de Cassis) et Chassaignac, au sujet du procédé de Senn, pour la taille bilatérale.

M. Vidal rappelle qu'il a proposé un procédé d'incisions multiples pour la prostate, comme moyen de dégorgement plus sûr que tout autre mode opératoire; et, à cet effet, un bistouri long lui semble préférable au lithotome.

M. Chassaignac reproduit ce qu'il a avancé dans la précé-

dente séance. La taille bilatérale, dit-il, telle que l'a faite Dupuytren, permet d'admettre qu'il en a établi les principes. Quant aux incisions multiples et successives, elles lui semblent moins avantageuses que l'incision double simultanément faite ou d'un seul coup, par un instrument approprié à cette opération.

Correspondance.

M. Robert demande un congé de quinze jours à l'occasion du travail des thèses pour le concours de médecine opératoire.

MM. Lenoir et Gosselin font la même demande. (Accordé.)

— Le secrétaire-général de l'Académie chirurgicale de Madrid, M. José Lovera, adresse le compte-rendu de la quatrième session anniversaire de cette Académie, et renouvelle la demande qu'il a déjà faite en son nom :

1° D'entretenir des relations scientifiques et confraternelles entre les deux sociétés ;

2° D'échanger les journaux qui publient leurs procès-verbaux officiels ;

3° D'accorder réciproquement aux membres de chacun des deux bureaux les diplômes de correspondants étrangers, si cette proposition n'est pas incompatible avec le règlement de la Société de Chirurgie.

M. le président invite M. Giraldès à vouloir bien hâter le rapport qu'il s'est chargé de faire sur la demande de l'Académie chirurgicale de Madrid.

Ablation d'une exostose du maxillaire supérieur.

M. Michon, dans une précédente séance, a présenté un malade qui avait une tumeur osseuse de la face, et pour lequel il avait consulté ses collègues, afin d'apprécier par la discussion la nature de cette tumeur et le choix d'un traitement chirurgical. M. Michon avait indiqué ensuite son inten-

tion d'opérer; c'est ce qu'il a fait lundi dernier, en présence de MM. Laugier, Denonvilliers et Gosselin.

Il s'empresse de dire tout d'abord que cette opération a été très pénible et très longue, puisqu'elle a duré soixante-cinq minutes environ. Pour pratiquer l'ablation de cette tumeur osseuse, il a conservé l'arcade dentaire. L'opération lui eût offert beaucoup moins de difficultés en enlevant la totalité du maxillaire supérieur, et il aurait eu recours à cette ablation s'il n'avait pu terminer autrement ce qu'il avait commencé.

C'est après un débridement assez considérable que M. Michon a extrait d'une seule pièce cette tumeur osseuse; et en la présentant comme un type d'exostose des plus remarquables, il fait comprendre qu'il n'a pu la détacher ainsi en totalité qu'avec un labeur extrême et beaucoup de précautions, pour ne pas léser, dans la manœuvre opératoire, les parties voisines.

La circonstance principale signalée par lui, c'est que le nerf optique s'était allongé par l'entraînement de l'œil, ou l'exophthalmie, et paraissait très douloureux.

La maladie avait commencé par le plancher de l'orbite, et ce qui semblait être une nécrose partielle était une partie de l'exostose à l'air libre; car il s'agissait bien, en effet, d'une exostose, mais d'une exostose aussi fortement enclavée, dit M. Michon, qu'un rocher immobile. De là des difficultés grandes pour prendre un point d'appui dans tous les sens; la forme même de la tumeur, irrégulièrement arrondie, quoique bosselée à sa surface, rendait pour ainsi dire sa préhension difficile. Cependant, à force d'avoir été prise et reprise plusieurs fois et ébranlée, la tumeur fut saisie fortement avec un davier; elle céda enfin, et fut extirpée après tant d'efforts, en laissant une vaste cavité à la place occupée par elle. Quelques portions se trouvèrent fracturées à sa superficie, mais sans autre lésion notable. Le pansement fut fait ensuite.

Quant au lambeau des parties molles, M. Michon, après avoir projeté de faire une incision ordinaire en V ou en Y,

l'a simplement modifiée d'après le conseil de M. Laugier, en abaissant les deux branches du V ouvert en haut sur deux points séparés de la lèvre, au lieu de réunir les deux incisions à la commissure des lèvres.

Après l'opération, que le malade supporta héroïquement, la plaie fut réunie par la suture; une hémorrhagie veineuse, peu abondante à l'extérieur, se fit dans la cavité buccale et força le malade d'avaler une certaine quantité de sang; des accidents d'indigestion en furent la conséquence; la peau, enfin, avait fait craindre l'imminence de la gangrène; mais ce ne fut qu'un érythème.

Le résultat de cette opération si récente, puisqu'elle ne date que de deux jours, est jusqu'ici satisfaisant; le malade est en assez bon état; il parle d'une voix assez forte, et guérira sans doute promptement.

Quant à la tumeur, elle sera divisée par la scie, et restera dans la possession de la Société de Chirurgie, à laquelle M. Michon s'empresse de l'offrir. Il ajoute que le périoste des os voisins était enflammé comme dans la nécrose.

La tumeur, passée de main en main, est remarquable par son volume, sa forme et sa pesanteur; elle est à peu près aussi grosse que le poing, irrégulièrement arrondie à sa surface et aussi lourde, aussi dure que le marbre; elle avait détruit le sinus maxillaire, et elle présente deux points qui correspondent l'un à la paroi inférieure de l'orbite, l'autre à la paroi interne de la fosse nasale. Cette exostose, enfin, n'avait pas de pédicule, et le mécanisme de sa formation reste difficile à expliquer.

M. Chassaignac rappelle qu'il avait proposé d'essayer d'enlever une partie des rugosités de la tumeur avant d'en venir à l'opération; il ne regrette pas que cela n'ait point été fait; mais il pense que, dans un cas analogue, ce serait peut-être utile pour le diagnoctic.

M. Michon répond que son diagnostic primitif avait été celui d'une exostose éburnée, et il a fait dès le lendemain une

leçon clinique dans ce sens. La seule disposition qu'il ne s'attendait pas à rencontrer, c'était la surface bosselée, anfractueuse de la tumeur. Il aura soin du reste de recueillir cette observation dans tous ses détails, pour la donner complète à la Société de chirurgie.

Tumeur polypiforme de l'utérus produite par un œuf abortif.

M. Giraldès présente une pièce anatomique qu'il compare à une production polypeuse et qu'il a extraite de l'utérus chez une malade entrée à la Clinique dans un état exsangue. Cette femme avait éprouvé depuis quelques jours des symptômes graves de métrorrhagie, dont M. Giraldès rechercha la cause par une exploration immédiate. En pratiquant le toucher il crut sentir une tumeur fongueuse avec un pédicule appréciable au doigt, et autour de ce pédicule il reconnut l'ouverture circonscrite de la matrice. Il a excisé cette production le plus haut possible, et l'a examinée ensuite au microscope. Mais en voyant tout d'abord une masse rougeâtre sanguine et une cavité dans son intérieur, il a interrogé la malade, à l'effet de savoir s'il ne s'agirait pas d'un œuf dont cette production offre des flocons ressemblants à des flocons placentaires.

MM. Maisonneuve, Danyau et quelques autres membres, après avoir examiné la tumeur, déclarent en effet qu'elle est le produit d'un avortement.

Corps étrangers dans l'œsophage.

M. Larrey communique un fait qui lui semble présenter de l'intérêt pour l'histoire des corps étrangers engagés dans l'œsophage, et il expose préalablement les réflexions suivantes :

« Les observations relatives à des fragments d'os engagés dans les voies alimentaires sont, dit M. Larrey, assez communes dans les hôpitaux militaires. La précipitation avec laquelle les soldats mangent à la gamelle suffit pour expliquer la fréquence de cet accident, dont

les conséquences diverses ont été vues par la plupart des chirurgiens de l'armée. Les Mémoires de médecine militaire en contiennent un assez grand nombre d'exemples ; et de tous ces travaux, le plus important est le Mémoire de M. Bégin (1), qui a nettement exposé le mécanisme des effets produits par la présence de ces corps étrangers dans l'œsophage, les indications chirurgicales qui s'y rapportent, et surtout l'opération de l'œsophagotomie pratiquée par lui avec succès en 1832, dans deux cas dont nous avons été témoin.

» Le fait dont il s'agit en ce moment, continue M. Larrey, sans avoir nécessité cette ressource extrême, m'a paru offrir quelques particularités notables ; en voici l'exposé :

» Un jeune soldat du 15e de ligne, doué d'un grand appétit et habitué à manger très vite, prenait la soupe à la gamelle, lorsqu'en avalant les dernières cuillerées, il sentit qu'un os s'était arrêté profondément dans l'arrière-gorge. C'était le 27 décembre au soir, il éprouva tout d'abord de la gêne dans la déglutition, de la dypsnée même, et, détachant précipitamment son col, il essaya de provoquer le vomissement par l'introduction de son doigt dans le gosier ; il rejeta les aliments qu'il venait de prendre, mais ne put se débarrasser de cet os. Cependant au bout de quelques instants, l'oppression diminua peu à peu et disparut presque entièrement. Le chirurgien de son bataillon essaya, durant près de vingt minutes, de refouler le corps étranger dans l'estomac, mais ce fut en vain; et il adressa le soldat à l'hôpital.

» Celui-ci, arrivé le soir même au Gros-Caillou, fut examiné par M. l'aide-major Leguey, qui, le trouvant fort calme et endormi, après la fatigue qu'il venait d'éprouver, crut fort sagement ne pas devoir renouveler des tentatives susceptibles d'être différées sans danger.

» Le lendemain 28, à ma visite du matin, je trouvai le malade encore assez calme ; il éprouvait seulement un peu de gêne et une sensation de picotement dans l'œsophage, vers le niveau supérieur du sternum, mais sans dyspnée, sans dysphagie, sans spasme, ni efforts d'expulsion. L'exploration du conduit œsophagien avec la tige de baleine ne me laissa aucun doute sur l'existence et le siége du corps

(1) Mémoire sur l'œsophagotomie. — *Voir* aussi, sur le même sujet, une bonne thèse de M. A. Germain et un intéressant mémoire de Lavacherie.

étranger, mais les moyens de diagnostic devenaient insuffisants pour apprécier d'une manière exacte, précise, son volume, sa forme et sa direction. Il paraissait être saillant et assez régulier. Réfléchissant, d'une part, à la gravité du pronostic dans beaucoup de cas de ce genre, suivis même d'érosion, de déchirure et d'hémorrhagie mortelle, mais appréciant, d'autre part, l'absence de tout accident, la facilité de la déglutition et la mobilité du corps étranger, ainsi que les chances de son issue au dehors ou de sa précipitation dans l'estomac, j'essayai d'abord de l'extraire à l'aide de l'instrument dit de Dnpuytren, ou à double crochet mousse : saisi facilement, il céda aux tractions de la tige et fut ramené de bas en hant jusqn'au-dessous dn pharynx; mais il s'arrêta dans ce point, et malgré le conseil donné par qnelques chirurgiens, je ne crus pas devoir exercer d'effort violent, dans la crainte d'occasionner quelqnes lésions par déchirure. Au double crochet, je substituai la longne pince courbe dont les mors semblaient manqner de prise, et j'invitai M. Legney à faire à son tonr des tentatives qui furent aussi inutiles.

» Nous essayâmes vainement ensuite de déplacer le corps étranger pour le refouler dans l'estomac. De mobile qu'il était d'abord, il était devenu fixe; et la tige à éponge de J.-L. Petit fut sans effet. L'emploi du chloroforme ne nous aida pas davantage, et n'empêcha point (pour le dire en passant) la persistance des contractions musculaires du pharynx et l'expectoration des mucosités.

» Le sujet, sans avoir beaucoup souffert de ces diverses manœuvres, était cependant fatigué; je jugeai à propos de le laisser reposer tout à fait, en lui prescrivant pour toute alimentation des panades assez épaisses pour détacher l'os de la place qu'il occupait et l'entraîner peut-être dans l'estomac. C'était, en nn mot, faire de l'expectation, dans le bnt aussi de calmer l'irritation mécanique de l'œsophage.

» Tel fut en effet le résnltat obtenu d'abord, et je songeais cependant à l'indication de l'œsopbagotomie, si le corps étranger restait dans un état de fixité absolue; je me proposais même, à cet effet, d'appeler M. Bégin en consultation. Mais le 29, dans l'après-midi, le malade, éprouvant nne doulenr brusque et assez vive au niveau du larynx, fit appeler le chirurgien de garde, qui essaya inutilement de refouler l'os dans l'estomac. M. Leguey y réussit ensuite avec la tige à éponge, et sentit le corps étranger parvenu jusque vers l'orifice cardiaque.

» Le malade put avaler alors une assez grande quantité de mie de pain ; il eut, le 30, la sensation que l'os était parvenu dans l'estomac, et il éprouva un mieux continu le 31, sauf quelques coliques très légères et vagues. Le 1er janvier, enfin, en allant à la selle, il rendit son os en éprouvant une faible douleur de déchirure à l'anus. C'était donc au sixième jour de l'accident que le corps étranger avait été ainsi expulsé.

» Cet os, long de 4 centimètres et demi, très irrégulier dans sa forme, présente plusieurs saillies aiguës et des rebords tranchants dans des directions diverses. Il semble appartenir à l'un des os palatins du bœuf.

» Quant au malade, il n'a éprouvé aucun accident depuis, et il est sorti de l'hôpital le 3 janvier.

» Ce fait, trop longuement détaillé peut-être, ajoute M. Larrey, m'a paru cependant pouvoir être cité à la Société de Chirurgie, parce qu'il ressort de la marche générale des corps étrangers du conduit œsophagien.

» La forme irrégulière et les aspérités de cet os, sa présence et sa fixité secondaire dans l'œsophage, son séjour dans l'estomac et sa migration dans le canal intestinal, dont il a parcouru toute l'étendue sans donner lieu à aucun accident vers les différents points du tube digestif où son passage devait être cependant difficile, sont autant de conditions qui auraient sans doute amené quelque lésion grave par des essais trop violents d'extraction et d'impulsion forcées, en même temps qu'elles semblent témoigner en faveur de l'expectation, du moins pour ce cas exceptionnel. »

Après cette communication, aucun membre ne demandant la parole, la séance est levée.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, H. L.

Séance du 16 *janvier* 1850.

Présidence de M. Deguise père.

Extraction des corps étrangers de l'œsophage.

M. Debout demande la parole sur la rédaction du procès-verbal, au sujet de la communication faite par M. Larrey

d'un corps étranger dans l'œsophage, et il pense que M. le secrétaire s'est trompé en désignant sous le nom d'*instrument dit de Dupuytren* la tige de baleine terminée à l'une de ses extrémités par un double crochet mousse et mobile. C'est à Graefe, dit M. Debout, et non à Dupuytren, qu'il faut attribuer l'invention de cet instrument, dont l'habile chirurgien de l'Hôtel-Dieu s'est servi avec succès dans un cas particulier.

M. Larrey s'empresse de répondre à M. Debout qu'en maintenant au procès-verbal ces mots : *instrument dit de Dupuytren*, il a précisément voulu faire entendre, par une expression réservée, que cet instrument était, non pas dû, mais attribué à Dupuytren, selon l'opinion de quelques auteurs.

Quant au cas particulier auquel M. Debout vient de faire allusion, M. Larrey se le rappelle d'autant mieux qu'il assistait à l'opération pratiquée par Dupuytren à l'aide de cet instrument. C'était au mois de mai 1830. Un homme était entré à l'Hôtel-Dieu pour s'y faire débarrasser d'une pièce de cinq francs qu'il avait avalée par défi. Le corps étranger s'était arrêté dans l'œsophage, un peu au-dessous du pharynx. Les premières tentatives d'extraction furent inutiles ; on ne pouvait que heurter la pièce sans la saisir ni la déplacer avec les instruments ordinaires, parce qu'elle était placée en travers de l'œsophage, qu'elle bouchait presque complétement, et qui s'était contracté sur elle. Quelques gorgées de liquide parvinrent cependant à faire glisser le corps étranger un peu plus bas; mais Dupuytren réfléchit que, si l'on cherchait à le pousser dans l'estomac, on s'exposerait à rencontrer de nouveaux obstacles au cardia, au pylore, à la valvule iléo-cœcale, points dans lesquels les investigations seraient impraticables. Il essaya encore l'extraction à l'aide d'un fil d'archal recourbé en anse, à l'aide aussi des grandes pinces courbes, sans y réussir. Ce fut alors qu'il se servit de l'instrument à double crochet mousse confectionné par M. Charrière, qui venait de le lui apporter tout exprès. L'application en fut si heureuse et le résultat si instantané, que la pièce d'argent, à peine

accrochée par l'anneau métallique, fut entraînée vers le pharynx par un effort de traction rapide, et rejeté aussitôt par la bouche.

Le succès et la promptitude de cette opération excitèrent dans la foule des élèves des applaudissements spontanés, qui firent peut-être regarder Dupuytren comme l'inventeur de l'instrument dont il s'était servi avec tant d'habileté.

Correspondance.

M. Giraldès, rapporteur de la commission chargée d'examiner les pièces de l'Académie de Chirurgie de Madrid, annonce qu'il attend des renseignements nécessaires à l'appréciation de ces pièces pour faire son rapport.

1° Résultats de la trachéotomie. 2° Effets de l'engorgement des amygdales.

M. Guersant appelle l'attention de la Société sur certains résultats de la trachéotomie dont il ne se rend pas bien compte, et il demande à ses collègues si, après cette opération, ils auraient vu notamment l'issue des matières alimentaires par l'ouverture trachéale. Quant à lui, depuis longtemps attaché à l'hôpital des Enfants, il a été à même de pratiquer cette opération bien des fois; il l'a souvent faite aussi en ville, et il a été surpris d'observer ce phénomène. Il compte actuellement quarante-huit observation de trachéotomie dans sa pratique particulière; sur ce nombre, il a obtenu six succès, et un septième lui semble assuré aujourd'hui; mais il ne saurait déterminer le nombre des opérations qu'il a faites à l'hôpital.

C'est chez un enfant trachéotomisé par lui en ville il y a onze jours qu'il a constaté l'accident auquel il fait allusion. La canule, chez cet enfant, est restée en place pendant sept jours dans les meilleures conditions possibles; mais depuis le huitième jour, toutes les substances alimentaires avalées passent par l'ouverture de la trachée. Le petit malade, en un mot, et selon l'expression vulgaire, avale de travers, malgré

les soins et les précautions convenables pour empêcher qu'il en soit ainsi. Il en résulte un état de gêne et de souffrance marqué, ainsi qu'un affaiblissement des forces et de la nutrition.

M. Guersant attribue cet accident à un défaut d'action de l'épiglotte, et il demande comment on pourrait rendre à cette partie l'action qui lui manque, afin de rétablir l'équilibre ainsi troublé entre les fonctions du pharynx et celles du larynx. Ce phénomène, qui a d'ailleurs été observé quelquefois, semble dans le cas actuel se prolonger bien plus que dans tout autre.

M. Michon, en prenant la parole, ne prétend pas donner à M. Guersant l'indication d'un moyen curatif, mais il espère lui démontrer que le rôle attribué par lui à l'épiglotte n'est pas suffisant pour expliquer le phénomène en question. Il y a autre chose sans doute, car on ne comprend pas comment l'épiglotte serait un obstacle inévitable au passage des matières alimentaires dans les voies aériennes. C'est plus probablement dans les muscles du larynx que réside la cause de ce phénomène ou dans l'articulation des cartilages ; l'épiglotte, n'étant en réalité qu'un adjuvant dans l'acte de la déglutition, n'a qu'une fonction mécanique d'abaissement. Ce qu'il y a à faire ici, selon M. Michon, c'est de temporiser, et de nourrir le malade avec une sonde œsophagienne pour ménager le larynx, car l'occlusion de son ouverture est la condition essentielle à remplir.

M. Deguise fils s'exprime de la manière suivante :

« Je partage entièrement, dit-il, l'opinion de M. Michon relativement au rôle que joue l'épiglotte dans l'acte de la déglutition. Il est évident, d'après les faits que possède la science, que certains individus ont continué d'avaler parfaitement quoique ayant perdu l'épiglotte. L'inflammation du tube aérien joue sans doute un grand rôle dans le phénomène observé par M. Guersant. Je pense en outre que l'ouverture de la trachée ou, pour mieux dire, l'état des bords de la plaie

leur affrontation plus ou moins exacte peut bien être pour quelque chose dans la sortie des liquides. J'ai eu l'occasion d'observer deux ou trois fois le même phénomène, et j'ai remarqué que les liquides avaient d'autant plus de tendance à tomber dans la trachée que la plaie était plus béante. Une fois, entre autres, il y a un an environ, je consultai MM. Guersant et Nélaton pour un cas absolument semblable. Les liquides s'écoulaient presque en totalité par la plaie; ces messieurs m'engagèrent à ne rien faire, je suivis leurs conseils, et quelques jours après les liquides ne sortaient plus par la plaie. »

M. Guersant ajoute à ce propos, et comme complément de sa communication, qu'il a essayé de fermer l'ouverture extérieure en y appliquant des bandelettes agglutinatives; mais il n'a pas réussi; les liquides avalés ont passé de même par la plaie.

M. Larrey demande à M. Guersant si, chez son petit malade, il n'existe pas dans l'arrière-gorge quelque obstacle mécanique à la déglutition et à la respiration, tel, par exemple, qu'un engorgement des amygdales, parce qu'il ne serait pas impossible que ce fût là une cause au moins indirecte de l'accident signalé par lui. En adressant d'ailleurs cette question à M. Guersant, M. Larrey croit pouvoir l'appuyer sur une remarque faite par Dupuytren, à savoir : que l'hypertrophie des amygdales, chez les enfants, tend à gêner plus ou moins le libre exercice des organes respiratoires et à produire secondairement certaines déformations du thorax, sans parler de l'influence que le célèbre chirurgien de l'Hôtel-Dieu attribuait à la même cause sur l'ensemble de la constitution.

M. Guersant répond à M. Larrey qu'il a examiné avec soin l'arrière-gorge de son petit malade et qu'il en a trouvé toutes les parties à l'état normal.

M. Giraldès pense que la véritable cause de l'accident, la seule peut-être qui existe, a été indiquée par M. Michon. Il est probable que l'inflammation s'est propagée du voisinage de

la plaie à l'ouverture de la glotte devenue béante par cet état de phlogose, tandis que l'épiglotte n'est pour rien sans doute dans le passage des liquides à travers la plaie de la trachée.

M. Morel-Lavallée n'a que deux mots à dire : il croit d'abord que M. Guersant pourrait suivre utilement dans le cas actuel le conseil qu'il a donné lui-même à M. Deguise dans un cas analogue à celui-là, c'est-à-dire attendre.

Il fait observer ensuite que l'opinion de Dupuytren citée par M. Larrey sur les conséquences de l'engorgement des amygdales est une opinion très contestable, très peu admissible même, malgré l'autorité de son illustre auteur.

M. A. Forget appuie la citation faite par M. Larrey, en rappelant à la Société que l'un de ses membres, M. Robert, a publié dans le *Bulletin de Thérapeutique* un mémoire contenant des faits confirmatifs des observations et de l'opinion de Dupuytren; car Dupuytren, sans nul doute, fondait sa manière de voir sur l'observation des faits, et on ne saurait contester à sa grande expérience une haute valeur.

« Pour ma part, dit M. Forget, j'ai vu un fait qui m'a démontré la justesse de cette opinion. Une petite fille de neuf ans présentait à peine le développement d'un enfant de cinq ans ; elle était pâle, chétive, et avait la poitrine peu développée. Or, chez elle, les amygdales étaient énormes, à ce point que, bouchant les orifices des trompes d'Eustache, elles avaient produit une surdité très marquée. J'enlevai les amygdales comme moyen de remédier à tous ces accidents ; et depuis l'opération, faite il y a quinze mois, un changement si favorable s'est effectué dans l'état de cette jeune fille, que je crois rationnel d'admettre ici une relation sensible, d'une part, entre l'hypertrophie des amygdales et les accidents mentionnés, et, d'autre part, entre l'opération et ses conséquences favorables. »

M. Morel ne persiste pas moins dans l'idée contraire, et conteste la corrélation établie par Dupuytren comme fait général.

M. Guersant est en position de pratiquer l'excision des amygdales autant que qui que ce soit, et il a été à même de vérifier la justesse de la remarque faite par Dupuytren ; mais il lui reproche d'en avoir exagéré les conséquences, et tout en admettant qu'elles existent quelquefois, il ne croit pas que l'hypertrophie des amygdales produise fréquemment la déformation de la poitrine, malgré les observations que M. Robert a citées à l'appui de cette opinion.

M. Loir, revenant à la question de la trachéotomie, dit que, par suite de l'opération, il survient souvent de l'inflammation et un gonflement plus ou moins considérable des tissus ou des organes environnants ; l'œsophage lui-même peut y participer, et se trouvant alors gêné dans ses fonctions, il offre de la résistance au passage des aliments, qui tendent ainsi à refluer vers le larynx, où une issue plus facile leur est offerte. Si, dans ce cas, un abcès dû à la même cause s'ouvre spontanément et se vide par la plaie, il fera cesser l'accident, qui d'ailleurs disparaîtra sans doute à mesure que le gonflement inflammatoire des parties disparaîtra lui-même.

Une autre considération que M. Loir croit utile de signaler et qui se trouve peut-être applicable au cas cité par M. Guersant, est celle-ci : Le défaut momentané d'élasticité des tissus enflammés peut empêcher le larynx de s'élever et de se rapprocher de la base de la langue pour appliquer son ouverture contre l'épiglotte, et faciliter ainsi l'acte de la déglutition. S'il en était encore ainsi, ajoute M. Loir, l'accident dont se préoccupe M. Guersant cessera, selon toute probabilité, en même temps que cessera l'inflammation.

M. Guersant aura soin d'observer ce qui adviendra chez son petit malade, et il rendra compte à la Société du résultat de son observation.

M. Demarquay a eu occasion de voir un enfant de cinq mois qui, ayant avalé de travers un morceau de pomme, éprouva aussitôt de la toux, de la suffocation, les accidents, en un mot, dus à la présence d'un corps étranger dans les voie

aériennes. M. Demarquay s'assura d'ailleurs qu'il n'était ni dans le pharynx, ni au commencement de l'œsophage, et il pratiqua la trachéotomie. L'enfant se trouva soulagé, mais il ne rendit pas le corps étranger, et il mourut 24 heures après, sans que l'autopsie ait pu être faite. M. Demarquay demande à M. Guersant s'il a rencontré des cas de ce genre.

M. Guersant répond que, s'il y avait eu réellement un corps étranger, il eût été probablement expulsé par la toux.

Quant à lui, il a pratiqué six fois la trachéotomie pour extraire des corps étrangers, des haricots surtout, engagés dans les voies aériennes depuis plusieurs jours, et dans cinq cas l'expulsion du corps étranger s'est faite spontanément à travers l'ouverture de la trachée. Dans un cas seulement, il n'est point sorti; c'était chez un enfant qui avait avalé un haricot et qui se trouvait en proie à une dyspnée extrême, sans que les signes de l'accident fussent caractéristiques. A l'auscultation, par exemple, le bruit de grelot, ou le mouvement de va-et-vient, n'était pas perceptible. M. Guersant fit l'opération et fut obligé ensuite de saisir avec une pince le haricot, qui avait pénétré assez bas dans la bronche gauche. L'enfant succomba, et on reconnut que le poumon correspondant avait été privé de respiration trop longtemps par l'obstacle que le corps étranger avait opposé au passage de l'air.

M. Debout a été témoin d'un fait curieux dont voici l'exposé sommaire : Un jeune garçon de sept ans jouait avec des haricots tenus dans sa bouche; il en avala plusieurs dans une inspiration précipitée, et les rejeta dans une quinte de toux provoquée par la pénétration de l'un d'eux dans les voies aériennes. Les accidents de suffocation imminente cessèrent tout à coup, firent place à un calme parfait de quelques heures, et reparurent ensuite avec une nouvelle intensité. Le frère de M. Debout, ayant été appelé, pratiqua la trachéotomie sans pouvoir donner issue au corps étranger, et lui-même, venu après, constata d'abord par l'auscultation un bruit cadencé de

soupape au niveau des ventricules du larynx. Que fallait-il faire? M. Debout, en réfléchissant à la structure du haricot, pensa qu'en se gonflant par la chaleur et l'humidité sa coque se romprait et que ses deux cotylédons, séparés ainsi, pourraient être chassés par l'ouverture de la glotte. Cette prévision se réalisa un mois après dans une quinte de toux; et, chose singulière, les cotylédons ainsi expulsés offrirent un certain degré de germination. L'ouverture de la trachée, qui s'était maintenue ouverte tant que l'occlusion de la glotte avait duré, se cicatrisa aussitôt après la sortie du corps étranger, en même temps que la respiration se rétablit par les voies naturelles.

M. Morel rappelle que Pelletan père a rapporté un cas analogue dans sa *Clinique chirurgicale*, et on en trouverait deux ou trois autres ailleurs.

M. le président se disposait à lever la séance; mais M. Guersant demande à prolonger cette discussion pendant quelques instants encore.

Il maintient que les résultats de la trachéotomie sont ordinairement favorables dans les cas de corps étrangers, défavorables au contraire dans les cas de croup; et pour ceux-ci, il reproche à la plupart des médecins une tendance très nuisible à employer les sangsues, les émollients, et d'autres moyens débilitants, au lieu de recourir assez tôt à la cautérisation, et par conséquent il regrette qne l'opération soit trop tardive dans ces cas-là. Il n'a réussi, pour sa part, que dans les cas où on n'avait point essayé une médication antiphlogistique. Il attache enfin une grande importance aux soins consécutifs à l'opération; et il attribue ses propres insuccès à ce qu'il se contentait de laisser la canule en place, sans faire rien de plus. Mais il a eu soin depuis, comme M. Trousseau, de placer au-devant de la canule une cravate légère qui permet à l'air d'arriver lentement, sans que son contact soit irritant, et qui prévient aussi l'amas des mucosités dans les bronches. Un autre soin encore recommandé par M. Trousseau et par

lui, c'est de cautériser dès le lendemain de l'opération. M. Miquel (d'Amboise) conseille alors le calomel et l'alun.

M. Guersant ajoute à ces réflexions que, sur les quarante-huit opérations qu'il a faites, il a échoué successivement jusqu'à la vingt-troisième.

M. Deguise père signale une cause importante d'insuccès qu'il ne faut pas oublier, c'est la nature de la maladie.

M. Guersant s'empresse de reconnaître que cette cause est sans doute essentielle.

M. Deguise fils fait observer que, tout en admettant l'utilité des soins consécutifs, on ne saurait contester leur insuffisance dans bien des cas. Il a vu, quant à lui, échouer les soins les meilleurs et les mieux dirigés lorsqu'il était interne à l'hôpital des Enfants. La précaution, par exemple, suivie d'après M. Trousseau, de placer un tissu léger au-devant de la canule, n'empêche pas que l'opération n'ait le plus habituellement un résultat funeste.

M. Forget demande à M. Guersant s'il serait en mesure de tracer une règle à suivre dans le manuel opératoire. A quelle époque et dans quelle opportunité convient-il d'opérer? C'est là ce qu'il serait utile de préciser.

M. Guersant répond que, si le croup est bien constaté, il faut, comme pour une hernie étranglée, une médecine active, non débilitante; employer surtout la cautérisation; mais si les phénomènes graves persistent, tels que les étouffements, et si les moyens indiqués ont été sans effet, il faut opérer sans retard.

La discussion étant close, la séance est levée.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, H. L.

Séance du 23 janvier 1850.

Présidence de M. Deguise père.

Trachéotomie. (Suite de la discussion.)

M. Monod, qui était absent à la dernière séance, demande la parole à l'occasion du procès-verbal, pour citer un fait analogue à celui de M. Guersant. Il a vu un enfant de deux ans qui, ayant avalé en jouant un haricot, fut pris d'accidents assez sérieux de suffocation. Le médecin appelé auprès de cet enfant crut que le corps étranger avait pénétré dans l'œsophage; et, d'après cette idée, il se mit en devoir d'introduire une sonde dans ce conduit pour repousser le haricot dans l'estomac. Ses efforts inutiles et la persistance des accidents lui démontrèrent que le corps étranger devait se trouver dans les voies aériennes. M. Monod fut appelé en consultation, et pratiqua immédiatement la trachéotomie; mais ce fut en vain, la toux continua, et les efforts d'expulsion furent aussi sans résultat; il ne sortit rien par l'ouverture de la trachée; un stylet y fut introduit sans plus de succès. M. Monod avait envoyé chercher une pince pour faire une exploration plus sûre et saisir enfin le corps étranger; mais avant que cette dernière tentative eut pu être faite l'enfant était mort. A l'autopsie, on trouva le haricot placé transversalement à la bifurcation de la trachée et oblitérant en partie l'orifice des bronches.

Ce fait a paru à M. Monod devoir être cité, parce qu'il n'est pas indiqué en général dans les livres classiques, qui prétendent que toujours le corps étranger sort ou s'échappe des voies aériennes dès qu'elles ont été ouvertes par l'incision.

M. Monod cite une autre observation après celle-là, pour expliquer l'une des causes d'insuccès de l'opération dans les cas de croup. C'est l'impossibilité pour le malade de faire des efforts de toux suffisants pour expulser les fausses membra-

nes et les mucosités qui obstruent les bronches. De là une cause d'engouement pulmonaire qui, lentement formé, devient mortel en déterminant l'asphyxie. M. Monod se demande si, à cause de cela, il ne serait pas bon, après la trachéotomie, de hâter l'application de la canule à soupape; l'inspiration, étant plus facile que l'expiration, serait encore plus facilitée par cette canule, à l'aide de laquelle on empêcherait ainsi l'engouement pulmonaire et l'asphyxie. Mais M. Monod ajoute que cette idée émise par lui est seulement une idée théorique; il en a fait l'application pratique une seule fois, et sans succès, dans un cas d'ailleurs presque désespéré.

M. Guersant annonce que la petite fille opérée par lui récemment, et qui a été le sujet de sa communication dernière, est parvenue au dix-huitième jour de la trachéotomie. Elle avale encore de travers, mais moins cependant; la quantité de liquide qui pénètre dans le larynx et ressort par la plaie de la trachée peut être évaluée à un quart environ, tandis que précédemment c'était la presque totalité. La canule a été retirée depuis dix jours, et il est à présumer que le résultat sera favorable, sans que rien ait été fait pour l'obtenir, si ce n'est l'expectation.

M. Guersant revient sur ce que M. Monod a dit de l'engouement pulmonaire comme cause de mort, et il admet la réalité de cette cause; mais il l'a vue d'autant plus prononcée, quant à lui, chez les enfants épuisés par les émissions sanguines et n'ayant plus la force de faire des expirations suffisantes pour expulser les pseudo-membranes et les mucosités.

Il a opéré jeudi dernier un enfant parvenu au sixième jour d'un croup intense, mais simplement traité jusque-là par la cautérisation de l'arrière-gorge; il l'a trachéotomisé, et a retiré la canule aujourd'hui. Le résultat de l'opération a été très heureux jusqu'ici, parce que, selon M. Guersant, aucune médication débilitante n'a été employée.

Le point essentiel est donc, d'après lui, de ne pas affaiblir

les malades, et d'opérer lorsque les moyens indiqués ont été employés sans succès; mais il faut en exclure les antiphlogistiques, et M. Guersant serait même porté à croire que les cas de guérison attribués à cette méthode débilitante sont des cas probables de faux croup.

M. Morel-Lavallée rappelle que M. Robert a communiqué l'année dernière (1) une observation de trachéotomie compliquée de l'accident dont il vient d'être question. Le passage des matières alimentaires dans les voies aériennes ne commença que vers le vingtième jour sans déterminer d'ailleurs d'autre phénomène notable, et celui-là serait intéressant à étudier d'une manière complète.

M. Demarquay demande à M. Guersant s'il y a quelque moyen de reconnaître que le croup s'étende assez loin ou assez profondément dans les bronches pour en déduire une contre-indication d'opérer.

M. Guersant répond que, dans sa pensée, ce ne serait pas une contre-indication à la trachéotomie; et, à l'appui de sa manière de voir à cet égard, il cite deux exemples d'après lesquels la guérison s'est effectuée, malgré la certitude acquise que l'exsudation pseudo-membraneuse s'était propagée aux ramifications bronchiques. Le premier exemple lui en a été offert chez un enfant de six ans, qui fut conduit auprès de M. Bougon à l'hôpital de l'Ecole de médecine. Cet enfant avait de la toux et de la gêne à respirer, mais sans autre accident; une médication simple lui fut prescrite, et on le reconduisit chez lui; mais, cinq jours après, il fut ramené à la consultation; il avait, dans des efforts de toux et d'expectoration, expulsé pour ainsi dire tout un arbre de fausses membranes représentant un tronc, des branches et des rameaux, qui appartenaient à la trachée, aux bronches et à leurs divisions. M. Guersant a conservé cette pièce anatomique intéres-

(1) Voir les Bulletins de la Société de Chirurgie, t. I, p. 353.

sante qu'il pourra faire voir à la Société dans une prochaine séance, et il conclut de ce fait qu'il y a eu ainsi guérison spontanée d'une angine pseudo-membraneuse.

Le second exemple mentionné par lui se rapporte à une petite fille de huit ans qu'il a opérée à l'Ile-Saint-Louis pour un croup très intense. Cette enfant a rejeté des fausses membranes en assez grande quantité pendant neuf jours de suite, et elle a guéri. Ces productions pseudo-membraneuses figuraient des tubes de diverses dimensions, comme dans le cas précédent. Voilà donc, dit M. Guersant, la preuve qu'il n'y a pas contre-indication à opérer.

Quant au diagnostic, il ajoute que, si les accidents se développent lentement et se manifestent peu à peu, on doit craindre davantage que les fausses membranes ne se soient formées d'abord dans les bronches avant de remonter vers la trachée.

M. Monod cite un fait semblable au premier exemple rapporté par M. Guersant. Il a vu avec M. Tonnelé (de Tours), lorsqu'il était interne à l'hôpital des Enfants, un cas remarquable de croup dans lequel un arbre bronchique fut rejeté par les efforts d'expectoration. Cette arborisation pseudo-membraneuse fut montrée à M. Bretonneau, qui ne croyait pas qu'elle pût provenir des voies aériennes.

Personne ne demandant plus la parole sur ce sujet, la discussion est close.

Grenouillette.

M. Larrey, dans une séance de la fin de novembre, ayant pris part à une discussion sur le traitement de la grenouillette, avait communiqué deux faits observés par lui au Gros-Caillou, le premier relatif à une opération qu'il avait faite par excision et cautérisation; le second, réservé à un mode opératoire sur lequel il avait demandé l'avis de ses collègues. C'est de celui-ci qu'il veut parler. Il s'était proposé d'abord d'isoler autant que possible la tumeur sublinguale pour en

tenter l'ablation, après avoir recherché si elle offrait sur un point de sa surface l'orifice du conduit de Warthon. Il s'était proposé ensuite de faire analyser le liquide contenu dans le kyste, afin de fournir ainsi un nouvel élément utile à la question de la grenouillette.

« Dans ce double but, dit M. Larrey, j'ai commencé par explorer attentivement la tumeur à l'aide du stylet d'Anel, sans trouver à sa surperficie la moindre ouverture. J'en ai légèrement comprimé les parois pour m'assurer si du liquide ne sortirait point de sa cavité par quelque pertuis imperceptible; rien n'a été obtenu de cette première recherche; mais après avoir incisé la membrane muqueuse près du frein, avec la précaution de ménager le kyste, j'ai vu bien manifestement et fait remarquer aux aides qui m'entouraient un jet de liquide salivaire projeté à deux reprises jusqu'au dehors de la bouche par un orifice si fin ou si rétractile qu'il devenait impénétrable au stylet le plus délié. La dissection du kyste fut prolongée en dedans et en bas jusqu'à un tiers à peu près de sa circonférence, et l'énucléation fut possible dans un point de sa face supérieure. En arrière il fallut agir encore avec l'instrument tranchant; mais la tumeur amiucie en cet endroit fut ouverte, et aussitôt la matière qu'elle renfermait s'en échappa, et les parois du kyste s'affaissèrent sur elles-mêmes. Je n'avais plus qu'à pratiquer l'excision nette de sa portion antérieure, et, ainsi que dans le cas précédent, je cautérisai la surface interne de sa portion postérieure restée adhérente.

» L'examen de la partie enlevée nous démontra que ce tissu était de nature séro-fibreuse, d'épaisseur variable, offrant ainsi des points de transparence et un état d'injection vasculaire assez marquée, mais aucun indice de l'ouverture qui devait exister.

» Quant à la matière sortie de la tumeur, et recueillie à l'instant même dans un récipient jusqu'à une quantité de dix grammes à peu près, elle était transparente, visqueuse, jaunâtre, albuminoïde, en un mot. Soumis à l'analyse chimique

et à l'examen microscopique, par mon collègue et ami M. Poggiale, professeur de chimie au Val-de-Grâce, ce liquide lui a présenté les caractères suivants : il est composé de pus, de salive, de matières inorganiques et de quelques traces de sang. Les globules de pus sont de forme et de grandeur différentes; les uns sont arrondis et lisses, les autres ont une surface chagrinée et des contours très irréguliers. Les matières inorganiques sont composées de chlorure de sodium, de soude et de phosphate de chaux.

» Cette analyse, ajoute M. Larrey, faite ainsi pour la première fois, pourra servir à comparer des cas analogues et à mieux différencier plus tard quelques-unes des tumeurs sublinguales désignées ou confondues sous le nom de grenouillette.

» Le malade qui a été le sujet de cette communciation est sorti de l'hôpital peu de jours après avoir été opéré; il paraissait bien guéri, et il sera peut-être à l'abri d'une récidive. Mais je dois déclarer, dit M. Larrey en finissant, que cette récidive si fréquente semble se présenter déjà chez le premier malade dont j'ai entretenu la Société. Nous aurons probablement occasion de revenir encore sur ce sujet. »

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, H. L.

Séance du 30 *janvier* 1850.

Présidence de M. Deguise père.

Suite de la trachéotomie.

M. Guersant donne des nouvelles de la petite malade. Elle avale toujours avec difficulté; les aliments solides ne passent plus par l'ouverture de la trachée, mais les liquides y pénètrent encore en partie. L'opération date aujourd'hui de vingt et un jours.

M. Deguise fils demande un renseignement à M. Guersant ;

La plaie faite à la trachée diminue-t-elle d'étendue en même temps que se dissipe le phénomène du passage des liquides dans les voies aériennes ?

M. Guersant répond que oui.

M. Deguise fait remarquer ce qui n'a pas été dit dans les deux dernières séances, que ce passage des liquides, lorsqu'il a lieu, est seulement observé, en général, lorsqu'on commence à retirer la canule ; tandis que si la canule reste en place, la déglutition se fait d'une manière normale. La façon d'être de la plaie trachéale, le rapprochement plus ou moins exact de ses bords, a donc une grande influence snr le passage des liquides à travers l'ouverture des voies aériennes.

M. Maisonneuve, ayant fait un certain nombre de fois la trachéotomie, surtout pour extraire des corps étrangers, et pour des cas d'œdème de la glotte, rarement pour le croup, n'a jamais vu le fait signalé par M. Guersant.

M. Vidal (de Cassis) approuve les réflexions de M. Monod relativement aux corps étrangers qui ne sortent pas des voies aériennes après la trachéotomie, mais il reproche à son collègue d'avoir avancé que ce fait n'avait pas été signalé dans les livres classiques ; c'est à tort, car il s'y trouve bien indiqué.

Correspondance.

M. le secrétaire dépose sur le bureau, de la part de M. Le Roy-d'Etiolles :

1° Un volume intitulé : *Urologie. Traité des angusties, ou Rétréeissements de l'urètre ;* leur traitement rationnel, avec 107 figures intercalées dans le texte et 4 planches lithographiées. 1845.

2° Un recueil de lettres et de mémoires adressés à l'Aeadémie des sciences pendant les années 1842 et 1843.

3° Plusieurs exemplaires d'une brochure sous le titre de : *Thérapeutique des rétrécissements de l'urètre*, des engorgements de la prostate et des obstacles à la miction existant au col de la vessie. 1849.

M. le secrétaire demande si un rapport verbal sera fait sur ces divers ouvrages.

L'un des membres fait observer qu'ils sont généralement connus, et qu'ils doivent être simplement déposés aux archives.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix cette proposition, qui est adoptée.

Une lettre de remercîments sera adressée à M. Le Roy-d'Etiolles.

Diagnostic et traitement de l'hydrocèle compliquée.

M. LARREY fait un rapport verbal sur une brochure de M. Chaumet (de Bordeaux) intitulée : *Mémoire sur un nouveau moyen appliqué au diagnostic des hydrocèles compliquées, et sur le traitement le plus rapide et le plus sûr de cette affection.* Ce mémoire est extrait du Compte-Rendu de la clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-André.

M. Larrey en donne une analyse assez détaillée, précédée de quelques remarques sur l'utilité des publications de ce genre déjà faites par l'auteur.

Voici un extrait de cette anlayse :

« M. Chaumet, dit M. le rapporteur, en choisissant l'hydrocèle pour sujet de son travail actuel a eu d'abord en vue l'introduction d'une aiguille à acupuncture dans la tunique vaginale comme moyen de diagnostic, et il en signale les avantages. Il rapporte en trois séries des observations intércssantes d'hydrocèles simples, doubles et compliquées, et il indique la préférence que l'on doit accorder aux injections iodées sur tout autre moyen de traitement, dont il expose les diverses méthodes dans un tableau synoptique.

» D'après l'ensemble du traitement employé chez une centaine de malades, et après les soins accessoires qu'il recommande de ne point négliger, M. Chaumet établit que la cure radicale de l'hydrocèle a été, en moyenne, de douze à quinze jours.

» Il soulève ensuite et discute une question importante, celle de savoir si, comme on le croit généralement, la cavité de la tunique vaginale disparaît dans la cure radicale de l'hydrocèle. Et il est

porté à admettre qu'il n'en est pas ainsi, hors les cas où l'on fait suppurer directement la poche séreuse soit par le séton, soit par l'incision ; et M. Chaumet expose à cct égard l'idée que l'on peut se faire judicieusement de la persistance habituelle de la cavité vaginale après l'opération qui a pour but d'en déterminer l'adhérence.

» Cette question conduit l'auteur à signaler les chances de récidive dont n'est pas exempte la méthode même de l'excision, et il revient aux avantages de l'injection iodée en paraissant désigner cette méthode comme une médication à lui, tandis qu'elle appartient depuis lougtemps au domaine de la chirurgie, qui en est surtout redevable à M. Velpean.

» M. Chaumet établit ponr résumé de son travail :

» 1° Que l'hydrocèle est une affection souvent liée à une orchite chronique ; mais c'cst là un fait propre à l'obscrvation de quelques autres chirurgiens, et que, pour ma part, j'ai rencontré un grand nombre de fois dans les hôpitaux militaires ;

» 2° Que la cure sera d'autant plus sûre et plus rapide que l'on s'éloignera moins de l'époque de l'invasion ; et notre confrère en déduit des conséquences vraies sans doute, mais dont l'exagération deviendrait, dans certains cas peut-être, préjudiciable à l'art. »

M. Larrey, après avoir analysé les autres parties du travail qui, sans offrir le mérite de l'originalité, présente ou rappelle cependant d'utiles données sur la question de l'hydrocèle, termine son rapport par les conclusions suivantes :

« Ce mémoire offre un véritable intérêt chirurgical ; il est un de ceux du même genre que l'auteur a déjà publiés avec l'autorité d'un talent reconnu, d'une expérience déjà longue et d'une haute position à Bordeaux.

» En conséquence, j'ai l'honneur de proposer à la Société de Chirurgie d'adresser une lettre de remercîments à M. le docteur Chaumet, en l'invitant à vouloir bien nous communiquer ses autres travaux, et de déposer son mémoire dans les archives. »

Après une légère discussion entre MM. Debout, Vidal et Morel-Lavallée, sur l'aiguille à acupuncture comme moyen nouveau de diagnostic, M. le président met aux voix les con-

clusions du rapport de M. Larrey. Le rapport et ses conclusions sont adoptées.

Hémorrhagie vésicale mortelle, à la suite du cathétérisme chez un calculeux.

Sous ce titre, M. Désormeaux lit une observation qui ne saurait être analysée sans examen.

M. LE PRÉSIDENT nomme une commission composée de MM. Guersant, Vidal et Monod, pour rendre compte de cette observation.

Tumeur érectile veineuse de la région parotidienne.

M. CHASSAIGNAC présente à la Société un malade sur lequel il donne quelques renseignements. C'est un homme encore jeune, bien portant, ayant à la région parotidienne droite une tumeur susceptible d'offrir spontanément deux aspects bien distincts, selon que le malade reste debout, la tête droite, ou selon qu'il s'incline, la tête baissée. Dans le premier cas, la tumeur s'efface en grande partie; dans le second, au contraire, elle devient sensiblement saillante. Cette tumeur, molle, dépressible, plus appréciable à la surface de la joue qu'à l'intérieur de la bouche, offre plusieurs des caractères des tumeurs érectiles veineuses. Le malade en fait remonter l'origine à l'avulsion d'une dent; mais, d'après son dire, il ne s'en serait aperçu que trois ans après.

M. Chassaignac demande l'avis de ses collègues sur le diagnostic et le traitement de cette tumeur. Une opération serait, selon lui, une chose grave, et il croit que ne rien faire en pareil cas serait chose grave aussi.

M. DEBOUT, partageant l'opinion émise par M. Chassaignac sur la nature érectile de la tumeur, pense que la meilleure tentative de traitement serait la galvano-puncture. Mais en rappelant un insuccès dont il a été témoin l'an dernier dans le service de M. Robert, il conseillerait ici l'emploi d'une pile de grande puissance. On n'aurait par ce moyen aucune

chance d'accident, parce que dans ces sortes de tumeurs, exclusivement composées de vaisseaux veineux, les parois des veines ne subissent pas la même influence que celles des artères, par l'effet d'une tension électrique trop considérable.

M. Michon est également d'avis, comme la plupart de ses collègues, qu'il s'agit ici d'une tumeur érectile veineuse sous-cutanée, et il pense même que cette tumeur pourrait être, non pas accidentelle, mais originelle. L'élément veineux y est bien appréciable, et cependant il n'a pas été sans influence sur le développement des os. Il serait donc possible que la profondeur ou la racine du mal appartînt au tissu osseux; un coagulum semble exister dans une partie de la tumeur, et cette condition importe à noter pour mieux apprécier la nature de cette maladie.

M. Michon serait tenté de donner le conseil de Scarpa pour l'anévrisme artérioso-veineux, à savoir : de s'en tenir à une médication palliative basée simplement sur la position et les soins les plus propres à prévenir le développement de la tumeur.

En effet, dit M. Michon, des dangers d'hémorrhagie seraient à craindre par l'instrument tranchant; l'application du caustique serait insuffisante; des chances d'inflammation suppurative et même d'infection purulente résulteraient de l'emploi du séton, et l'inutilité de l'électro-puncture lui semblait plus probable encore. Il l'a essayée huit ou dix fois chez un jeune enfant, qui non-seulement n'en éprouva aucune amélioration, mais de plus en ressentit d'excessives douleurs. L'électro-puncture doit être portée loin pour obtenir par elle la coagulation du sang; et, trop faiblement appliquée, cette méthode reste insuffisaute. De sorte que, pour lui, M. Michon ne voudrait rien faire, sans parler même de l'ablation de la totalité de la tumeur, qu'il n'aurait pas le courage de tenter. Il ajoute que l'hémorrhagie serait même à craindre par la cautérisation, quoique la maladie ne communique pas avec la bouche.

M. Giraldès reconnaît d'abord que M. Michon a bien déterminé la nature de cette tumeur dont les limites sont inappréciables, et qui semble renfermer une sorte de phlébotiste dans son centre ; mais ensuite, tout en admettant que la galvano-puncture soit sans doute très douloureuse, il pense que si on employait un appareil à courant continu, la douleur serait bien affaiblie ou à peu près nulle. Il s'en est servi deux fois. Une première fois, c'était chez une petite fille de Necker, alors qu'il remplaçait M. Lenoir à cet hôpital ; mais, après une seule application, il n'a plus revu la malade. Une seconde fois, c'était chez un jeune garçon de quatorze ans, qui avait été renvoyé de l'école des frères à cause d'une tumeur très étendue de la face. La galvano-puncture ne détermina dans ce cas ni douleur, ni aucun autre accident, et donna lieu ensuite à la formation de brides réunies en faisceau dans la tumeur. Ainsi, M. Giraldès essaierait d'abord ce moyen, et s'il n'en obtenait aucun résultat, il ferait ensuite ce qu'il a vu faire par M. Lenoir ; il larderait la tumeur avec le fer rouge.

M. Forget fait observer que M. Debout est trop absolu en disant que la galvano-puncture est tout à fait inoffensive ; tandis que ce moyen exerce au contraire une vive action sur la sensibilité, comme M. Michon l'a judicieusement indiqué.

M. Forget rappelle qu'entre les mains d'un de ses promoteurs les plus ardents, M. Pétrequin, la galvano-puncture a déterminé dans un ou deux cas des accidents d'inflammation intense, et il cite un fait du même genre observé dans le service de M. Velpeau. Il rappelle ensuite que M. Rognetta, soutenant à ce sujet une polémique dans les *Annales de Thérapeutique*, a signalé des résultats malheureux. M. Forget sait bien qu'il s'agissait, dans tous ces cas, de tumeurs anévrismales ; les mêmes dangers se présenteront-ils pour une tumeur variqueuse érectile ? Il n'a pas de faits qui lui permettent de résoudre cette question.

M. Morel-Lavallée admet l'avis donné par M. Michon ; il reconnaît la difficulté du succès, et il ajoute que la compres-

sion serait inapplicable ici en empêchant l'abord du sang dans la tumeur ; mais on n'aurait que des accidents minimes à craindre par la galvano-puncture, dont le mode d'application est plus sûr et plus régularisé aujourd'hui. La douleur, du reste, peut être neutralisée par le chloroforme. Si même l'anévrisme s'étendait jusqu'à l'os, il ne faudrait pas, selon M. Morel, désespérer du succès de l'électricité. On peut voir actuellement à la Charité, dans le service de M. Gerdy, un malade chez lequel un anévrisme occupe la tête du péroné. Le chirurgien traitant a bien voulu, d'après l'avis de M. Morel, essayer ce moyen, qui a déjà produit une diminution notable de la tumeur.

M. Guersant partage aussi l'opinion de M. Michon sur l'origine congéniale de cette tumeur, mais il en diffère sur la question du traitement ; il rejette même les différents moyens qui ont été mentionnés ; il n'a de confiance que dans les aiguilles rougies à blanc, et il n'a jamais constaté par l'emploi de ce moyen aucun accident, soit érysipèle, soit tout autre le seul qu'il ait observé, c'est le phlegmon simple et cir conscrit.

M. Guersant se rappelle avoir vu avec M. Vidal un enfant chez lequel cinquante sétons en fil de soie avaient été appliqués. sans entraîner d'autre inconvénient qu'une inflammation locale très limitée. Il aurait donc recours, dans le cas actuel, à ce mode opératoire de préférence à tout autre.

M. Debout persiste dans son opinion sur la galvano-puncture, et il croit que M. Forget en exagère les dangers. « Sans doute, dit-il, des accidents ont suivi les premières applications de cette nouvelle méthode de traitement des anévrismes ; mais ce mode d'action de l'électricité a été mieux étudié depuis, et les accidents sont devenus plus rares. »

Du reste, ajoute-t-il, tout n'a pas été dit sur l'action physiologique de la galvano-puncture; et des physiciens éminents, MM. Reynaud et Poiseuil, auxquels M. Debout demandait leur avis, n'ont pu l'éclairer à cet égard. Les ressources que l'on

peut espérer de ce moyen et son innocuité complète l'ont engagé à en proposer l'emploi chez le malade de M. Chassaignac.

Quant au fait de M. Velpeau, M. Debout le connaissait, puisque c'est lui qui l'a communiqué à M. Forget; il rappelle seulement qu'en soumettant la pièce pathologique à la Société, il a fait remarquer que ce revers ne pouvait être imputé à la galvano-puncture, puisqu'on avait laissé, après l'application du courant galvanique, les aiguilles dans le sac anévrismal pendant sept jours au moins.

Lorsqu'on expérimente une méthode, dit M. Debout en terminant, on doit se placer dans les mêmes circonstances que son auteur, surtout lorsque entre ses mains l'emploi de cette méthode a été suivi de succès nombreux.

M. Giraldès fait remarquer l'importance de s'en tenir aux termes de la question telle qu'elle a été posée au début de cette discussion; il s'agit d'une tumeur érectile, non d'un anévrisme, et s'il s'établit une telle confusion dans le sujet, il n'y aura plus moyen de s'entendre.

Revenant ainsi à l'emploi de l'électro-puncture, applicable au cas présent, il répète qu'il importe d'obtenir un courant non interrompu, et il pense que M. Chassaignac ferait peut-être bien de recourir à cette méthode de traitement.

M. VIDAL demande l'ordre du jour, qui est prononcé.

Altération des muscles de la jambe dans le cas de pied-bot.

M. Demarquay présente des pièces anatomiques provenant de deux sujets affectés de pied-bot, et il fait, à cet égard, les réflexions suivantes :

« M. Jules Guérin, dit-il, dans les travaux qu'il a publiés en 1839 et en 1840, sur le pied-bot, insiste sur la transformation fibreuse des muscles des jambes affectés de cette difformité. Je montre deux pièces qui ne sont point d'accord avec la doctrine de M. Guérin. M. Brocca a disséqué l'année dernière et cette année des pieds-bots, chez les enfants et chez

les adultes; j'ai disséqué aussi des membres offrant le même vice congénial; et voici ce que j'ai trouvé : ni M. Brocca, ni moi nous n'avons reconnu cette transformation fibreuse; les muscles étaient rouges, comme ils le sont habituellement. Voici deux membres dont l'un a été pris sur un sujet disséqué par M. Boullard; on voit sur cette pièce une atrophie musculaire, mais pas de transformation; et sur l'autre pièce, qui m'est propre, on voit une transformation graisseuse des muscles du pied et de la jambe; les muscles de la cuisse offrent eux-mêmes cette altération. Les nerfs ont conservé leur état normal, ainsi que les artères sur la pièce de M. Boullard. Les os, sur la pièce qui m'appartient, sont eux-mêmes ramollis et atrophiés; de plus, les cartilages de l'articulation du genou sont altérés. »

M. Demarquay conclut de l'état de ces pièces pathologiques que le pied-bot n'offre point la transformation fibreuse indiquée par M. Guérin, mais plutôt la transformation graisseuse.

Une discussion sera réservée sur ce sujet pour une prochaine séance.

Emploi des serres-fines.

M. Vidal (1), dans un intérêt historique, relativement aux pinces à pression continue, présente un instrument dont se servent beaucoup les fumeurs normands. C'est une pince qui est faite avec un fort fil de fer qui a quatre tours de spirale, là où les *serres-fines* en ont deux. Les mors se terminent non pas par des griffes, mais par des anneaux. Cette pince sert au peuple pour saisir un tison destiné à allumer la pipe. Ce tison passe ainsi d'un fumeur à l'autre, toujours bien fixé par le ressort.

M. Vidal saisit cette occasion pour signaler de nouveaux

(1) Note communiquée.

faits de réunions très promptes à la suite de l'application des serres-fines. Chez un enfant opéré d'un phimosis, tout a été terminé après huit heures.

M. Nélaton lui a fait part d'un succès obtenn en vingt-quatre heures, chez un adulte encore opéré du pbimosis.

M. Vidal prie ses confrères de mettre un soin extrême dans l'application de ces petits instruments. Il n'ignore pas que des chirurgiens ont voulu appliquer les *serres-fines* sans avoir le soin de bien affronter préalablement lcs lèvres de la plaie avec d'autres pinces. Une autre fois un chirurgien célèbre laissa trois jours les *serres-fines* appliquées sur un prépuce, tandis que le maximum du temps de séjour de ces instruments doit être vingt-quatre heures, quand il s'agit de l'opération du phimosis. Il est arrivé aussi qu'un chirurgien ne s'est pas procuré le nombre des numéros voulus pour la réunion qu'il avait à tenter, il a été obligé de mêler à son pansement des sutures, ce qui complique la plaie et le problème. On a voulu réunir aussi des plaies déjà en suppuration, ce qui rend le problème encore plus complexe.

M. Vidal répète que l'application des *serres-fines* est très minutieuse, difficile même, dans certains cas, si on veut obtenir de très beaux, de très prompts résultats.

Nouvelle pince à ligature.

M. Giraldès présente au nom de M. Luër, fabricant d'instruments de chirurgie, un modèle de pinces à l'aide desquelles on saisit aisément et à coup sûr l'extrémité divisée des artères les plus fines ou les plus profondément situées. Ces pinces sont assez fortes, et leurs branches, quoique épaisses, s'amincissent sensiblement vers le bout qui est un peu arrondi, de telle façon qu'étant fermée, cette pince offre la disposition d'un cône allongé. Ses mors sont très lisses, et s'appliquent si parfaitement l'un contre l'autre, qu'il suffit de

glisser une anse de fil sur l'instrument, pour en fixer le nœud sur le vaisseau, et assujettir ainsi la ligature.



MM. Chassaignac, Larrey et d'autres membres de la Société connaissant la pince de M. Luër, s'accordent à en louer l'ingénieuse invention.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, H. L.

Séance du 6 février 1850.

Présidence de M. Deguise père.

Diagnostic de l'hydrocèle compliquée.

M. Debout, à l'occasion du procès-verbal et à propos du rapport de M. Larrey sur le mémoire de M. Chaumet, rappelle que, dans les cas compliqués, le diagnostic de l'hydrocèle a été facilité non-seulement par la ponction exploratrice à l'aide de l'aiguille à acupuncture, mais encore par la pression de la tumeur, selon le conseil d'Astley Cooper, afin de reconnaître la présence et les rapports du testicule.

M. Larrey fait observer qu'il n'a pas cru devoir faire mention de ce moyen de diagnostic, parce que tous les chirurgiens le connaissent et le mettent en pratique, comme ils recherchent aussi la transparence de la tumeur et les autres signes caractéristiques de l'hydrocèle.

Transformation graisseuse des muscles dans le pied-bot.

M. Demarquay, lors de la communication qu'il a faite dans la dernière séance en présentant des pièces d'anatomie pathologique du pied-bot, ne connaissait que le travail de M. Jules Guérin. Il a su, depuis, que M. Bouvier, en 1837, avait déjà démontré que les muscles de la jambe subissaient

la transformation graisseuse et non fibreuse, comme l'avait cru M. Guérin. C'est au microscope, et avec M. Mandl, que M. Bouvier a étudié la texture des muscles dans cette condition anormale.

M. Morel-Lavallée rappelle que MM. Velpeau et Gerdy ont également reconnu la dégénérescence graisseuse et non fibreuse des muscles dans le pied-bot.

M. Chassaignac aurait désiré revoir les pièces anatomiques présentées par M. Demarquay, pour soulever une question nouvelle à ce sujet. Il a disséqué un grand nombre de pieds-bots, et il a toujours vu les articulations du membre difforme présenter des traces de maladie. Il en attribue la cause au jeu irrégulier de ces articulations, et il en a exposé la démonstration dans sa thèse sur l'orthopédie, en concluant des faits examinés par lui que toute articulation d'un membre dévié a été, est ou sera le siége d'un travail pathologique dont les traces restent appréciables.

M. Larrey conçoit l'importance de l'observation faite par M. Chassaignac, et il pense que, sans l'admettre d'une manière trop absolue, on pourrait, dans certaius cas, expliquer les maladies des articulations déviées par une cause autre que par le fait seul de la difformité du membre. Ainsi, des affections intercurrentes et surtout des lésions accidentelles, provoquées d'ailleurs ou plus fréquentes par les déviations des articulations elles-mêmes et par les pressions inégales de leurs surfaces, peuvent contondre, distendre, irriter diversement les jointures difformes et y produire des altérations peu sensibles d'abord, mais secondairement reconnaissables. Le pied-bot varus, par exemple, ne semble-t-il pas, d'après sa fréquence et d'après sa direction, prédisposé à l'entorse dans le sens même où cet accident tend à se produire le plus ordinairement ?

M. Larrey n'exprime, du reste, cette idée qu'avec réserve en la soumettant à l'appréciation de ses collègues.

M. Chassaignac trouve cette opinion très admissible ; mais,

indépendamment de cela, il croit que les altérations articulaires dépendent en grande partie de la disposition des surfaces les plus serrées, et qu'elles sont en rapport avec le sens des pressions et des efforts supportés par le membre dévié. On saisirait les signes de ces lésions secondaires si on pouvait suivre et observer les gens atteints de ces difformités.

Avis.

M. Chassaignac annonce qu'un motif particulier a fait sortir de son service le malade présenté par lui à la Société dans la dernière séance pour une tumeur érectile de la face.

Traitement de l'ascite par les injections iodées.

M. Boinet demande par une lettre à lire un mémoire sur le *traitement de l'ascite par les injections iodées*, comme titre d'admissibilité parmi les membres de la Société.

Il obtient immédiatement de faire cette lecture, dont voici l'aperçu :

M. Boinet énonce d'abord l'idée que tous les auteurs modernes et tous les chirurgiens de nos jours rejettent absolument les injections faites dans le péritoine. Il mentionne ensuite les essais de différents praticiens, à cet effet, par des moyens variés, mais sans résultats satisfaisants. L'innocuité de l'iode sur les tissus a suggéré l'idée d'en faire l'application au traitement de l'ascite par injections, et le succès a répondu à ces tentatives. Un fait d'injection iodée, publié en 1840 dans la *Gazette Médicale* par M. Boinet, a été le point de départ de quelques médications sembables, et il cite MM. Dieulafoy, Griffon, Leriche, Rul-Ogen et Vollant comme ayant obtenu autant de guérisons.

Après l'exposé de ces faits, M. Boinet établit que les injections iodées n'ont pas les mêmes inconvénients et les mêmes dangers que la pénétration de l'air ou de quelque corps étranger dans le péritoine, et il attribue à la médication nouvelle une action spéciale qui lui semble démontrée par des

observations nombreuses. Il croit donc à l'efficacité des injections iodées dans certaines hydropisies du péritoine, dans celles dites essentielles, en attendant que l'expérience vienne démontrer si elles conviennent dans toutes les autres.

M. Boinet recommande enfin de n'avoir recours aux injections iodées que lorsque l'ascite devient rebelle aux moyens ordinaires de traitement, et avant que la santé des malades ne soit gravement compromise.

Une commission composée de MM. Morel-Lavallée, Michon et Deguise fils, examinera le mémoire de M. Boinet, et en rendra compte à la Société.

Emploi de l'alcoolature d'aconit comme moyen préventif de l'infection purulente dans les opérations chirurgicales.

M. Chassaignac fait une communication relative à l'emploi de l'alcoolature d'aconit comme moyen préventif de l'infection purulente dans les opérations chirurgicales.

« Il a semblé, dit-il, à quelques confrères, que ce moyen avait même enrayé le développement de l'infection purulente, et j'en ai vu, pour ma part, des résultats remarquables. L'alcoolature d'aconit n'a été employée jusqu'ici que d'après des indications établies, ou après l'apparition des accidents; et moi, je crois utile de l'administrer par prévision. »

C'est ce que M. Chassaignac a fait pour trente-deux opérations assez graves, sans compter un certain nombre de petites opérations; et dans ces trente-deux cas successifs, il n'a pas eu un seul cas d'infection purulente.

Il appelle donc l'attention de la Société sur ce sujet; l'expérimentation lui semble admissible, et d'après le tableau ou le relevé qui lui est propre, si les faits ne sont pas encore assez nombreux pour déposer en faveur de ce moyen comme médication préventive, ils ne sont cependant pas sans importance.

Le mode d'administration du médicament est de 1 gramme

d'alcoolature pour le premier jour. On en élève ensuite la dose jusqu'à 5 grammes, et on continue ainsi.

M. Gosselin demande à M. Chassaignac la liste des opérations et le nombre des morts.

M. Chassaignac s'empresse d'en donner communication.

Cette liste comprend : 2 désarticulations scapulo-humérales ; 2 amputations de cuisse ; 2 amputations de jambe ; l'amputation du bras près de l'épaule ; 5 amputation du sein ; 5 ablations de cancers de la face ; 1 ablation de cancer du voile du palais ; 2 ablations de tumeurs cancéreuses de la jambe ; 1 ablation de kyste volumineux de la poitrine ; 2 opérations de fistule à l'anus, avec extirpation d'hémorrhoïdes ; 1 ligature de l'artère axillaire ; 1 ligature de l'humérale ; 1 opération sur un vaste kyste de la région lombaire ; 1 extirpation de corps fibreux de l'utérus ; 1 ablation d'épulis présumée cancéreuse ; 1 excision de brides palmaires par brûlures de nombreuses incisions pour un phlegmon diffus du crâne.

M. Forget fait observer que, d'après ce relevé, il y a eu seulement quatre opérations dans lesquelles le tissu osseux ait été divisé. Or, ces cas-là sont les plus propres à déterminer la phlébite osseuse et l'infection purulente.

M. Chassaignac trouve cette observation fondée sous certains rapports ; mais il la croit sujette à contestation dans le sens qui vient d'être indiqué. Il reconnaît l'insuffisance de ses trente-deux observations pour juger une question qui exigerait des centaines de faits ; mais il a trouvé ce premier résultat intéressant à signaler en attendant mieux.

M. Larrey, sans insister sur la nécessité de recueillir un plus grand nombre de faits, pense que l'on ne pourrait en tirer de conclusions utiles sans leur opposer un nombre auss considérable de cas analogues, sinon semblables, dans lesquels on n'aurait point employé l'alcoolature d'aconit.

Il croit se rappeler que M. Sédillot, dans son livre sur l'in-

fection purulente (1), a mentionné l'aconit pour en contester les avantages, tandis qu'il a exposé avec soin toutes les médications les plus propres à prévenir ou à combattre cette redoutable maladie. M. Larrey regrette donc que M. Chassaignac, même à son point de vue sur le traitement préventif, n'ait pas cité l'ouvrage de M. Sédillot, celui du chirurgien peut-être qui a fait le plus d'efforts pour la guérison de l'infection purulente.

M. Chassaignac n'a voulu que signaler l'utilité du moyen, sans examiner la question d'une manière plus générale.

M. Giraldès croit que la Société doit féliciter M. Chassaignac des tentatives faites par lui; mais il croit, comme M. Larrey l'a fait pressentir, qu'un nombre considérable d'observations étant nécessaire, M. Chassaignac aurait dû attendre davantage.

M. Giraldès rappelle que l'alcoolature d'aconit a été souvent employée; il l'a prescrite, lui, jusqu'à 6 grammes, sans en obtenir aucun résultat; et M. Gosselin lui a fait remarquer aussi, qu'après avoir donné l'alcoolature à tous les blessés de juin (1848) soignés par lui, il en avait vu succomber plusieurs; un seul d'entre eux n'en avait pas pris, et guérit très bien.

M. Chassaignac reconnaît la justesse des réflexions qui viennent de lui être adressées par MM. Larrey et Giraldès. Il n'a été conduit à faire cette communication prématurément que parce qu'il en a relaté les faits dans sa thèse pour le concours actuel de la Faculté. C'est aussi pour prendre date qu'il s'y est décidé.

Quant aux insuccès de M. Giraldès, ils doivent, selon lui, être attribués à l'emploi tardif du médicament; tandis que les succès annoncés par d'autres chirurgiens dépendent peut-être de diverses conditions particulières ou individuelles.

---

(1) Sédillot. *De l'infection purulente, ou pyoémie.* 1849.

M. Deguise fils demande à M. Chassaignac comment et par quelle cause sont morts cinq de ses 32 opérés ?

M. Chassaignac répond que chez aucun d'eux nulle trace de pus n'a été trouvée à l'autopsie. Le premier avait une gangrène sénile qui a envahi le moignon; le second, amputé de la jambe, avait un emphysème traumatique et une putréfaction de tous les organes (l'autopsie a été incomplète à cause de cet état de putridité) ; le troisième cas se rapporte à l'amputation d'un sein cancéreux compliqué d'un cancer du foie; le quatrième, à l'ablation d'une tumeur de la parotide (la cause de la mort est restée indéterminée) ; le cinquième enfin, à un cancer du voile du palais compliqué de tubercules.

M. Forget, revenant sur la remarque faite par lui, n'a pas prétendu dire que l'infection purulente ne survenait point après les petites opérations; et, quant à la question de la phlébite osseuse, c'est une opinion qu'il est loin de s'attribuer, puisqu'elle a été émise par Lisfranc, par Blandin et par d'autres.

M. Forget répète enfin que, si les faits étaient plus similaires, plus comparables, en même temps que plus nombreux, les conclusions à en tirer seraient nécessairement plus justes et plus rigoureuses.

Anatomie pathologique d'une fracture du col du fémur.

M. Huguier présente la pièce anatomique d'une fracture du col du fémur observée par lui dans les conditions suivantes :

Une femme de soixante-quatre ans, maigre et assez chétive, fit une chute dans un escalier sans être chargée d'aucun fardeau ; elle tomba sur la hanche droite, ne put se relever et resta seule ainsi pendant plus d'une heure. Elle fut secourue enfin ; mais, ne pouvant faire un pas ni même se tenir debout, elle fut transportée le lendemain sur un brancard à l'hôpital Beaujon, où elle fut examinée avec le plus grand soin sur son lit. Impossible de trouver la moindre différence de longueur entre les deux jambes, qui reposent toutes deux

sur les talons dans une légère rotation en dedans, et laissent entre les jarrets et le lit un espace vide de trois centimètres au moins formant une courhure qui s'efface par une pression assez forte sur les genoux. L'arc de cercle, étendu de chaque côté jusqu'aux trochanters, est aussi long à la jamhe droite qu'à la jamhe gauche. Il n'y a aucun déplacement appréciable dans les différentes parties de la hanche, et on ne trouve enfin pour diagnostiquer une fracture du col du fémur que le seul signe commun aux contusions et aux fractures de cette région, à savoir : l'impuissance qu'éprouve la malade à soulever ou à détacher le memhre du lit. Le diagnostic restait donc incertain, et une simple application de topiques résolutifs fut prescrite. La malade, ne souffrant pas, essaya de se lever le même jour; mais, en faisant un effort pour s'habiller, elle fut frappée d'apoplexie et mourut aussitôt.

L'autopsie fut faite, et les élèves chargés de ce soin se seraient contentés d'ouvrir le crâne pour constater les altérations du cerveau si M. Huguier n'eût voulu examiner la hanche. Les mouvements de rotation du memhre étaient aussi faciles, plus faciles même que ceux du côté opposé, ce qui permettait précisément de soupçonner l'existence d'une fracture du col du fémur. La dissection fit reconnaître d'abord une infiltration sanguine des muscles et un épanchement de sang, peu ahondant du reste, dans l'intérieur de la capsule en avant de l'articulation. Celle-ci fut ouverte et ne présenta aucune altération notahle; mais le fémur, détaché ensuite, offrit les lésions suivantes :

Le col se trouve fracturé en effet, et de telle sorte qu'en arrière la fracture est extra-capsulaire, tandis qu'en avant elle est en partie extra-capsulaire et en partie intra-capsulaire; le grand et le petit trochanters sont aussi fracturés, et le muscle obturateur interne, en se rompant par contraction sans doute, a même enlevé une calotte osseuse de son attache trochantérienne.

Ainsi, ajoute M. Huguier en mettant cette pièce sous les

yeux de ses collègues, voilà évidemment une fracture en grande partie extra-capsulaire qui ne s'est révélée par aucun signe appréciable sur le vivant, malgré la valeur accordée par les chirurgiens au diagnostic différentiel des fractures du col du fémur, selon qu'elles sont intra ou extra-capsulaires.

M. Chassaignac a recueilli une observation analogue à celle-là. Il la communiquera dans la prochaine séance.

M. Demarquay présente même l'extrémité supérieure d'un fémur dont la fracture offre des dispositions à peu près semblables.

M. Larrey enfin, en examinant la pièce de M. Huguier, comparerait volontiers cette fracture à certaines fractures comminutives dont les fragments multiples, tassés pour ainsi dire les uns contre les autres et presque enclavés ensemble, soutenus d'ailleurs par les parties molles extérieures et immobilisés par la position et le repos, semblent se trouver ainsi dans des conditions propres à prévenir le déplacement.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, H. L.

Séance du 13 *février* 1850.

Présidence de M. Deguise père.

Anatomie pathologique d'une fracture intra-capsulaire du col du fémur.

M. Chassaignac, à propos de la communication faite par M. Huguier dans la dernière séance, présente la pièce anatomique d'une fracture du col du fémur complétement intra-capsulaire. Cette pièce a été recueillie sur un vieillard de soixante-treize ans, qui fut apporté à Saint-Antoine il y a deux mois et demi. Aucun signe d'une fracture du col, aucune altération n'est appréciable dans la conformation du membre, ni déformation, ni déviation au moment de l'entrée du

malade à l'hôpital. Il lève la jambe à volonté, il imprime à la pointe du pied des mouvements de rotation en dedans et en dehors. Si on saisit la jambe en la fléchissant sur la cuisse, on se sert du membre comme d'un levier coudé pour imprimer des mouvements étendus à l'articulation coxo-fémorale, et le résultat de cette exploration est négatif.

M. Chassaignac, ne croyant à aucune lésion, se disposait à renvoyer le malade, lorsque l'interne eut l'idée de le soumettre le soir à l'éthérisation ; la crépitation devient aussitôt manifeste, et on a pu la constater le lendemain. Au bout de deux mois et demi, à la suite de l'application d'un sinapisme, des eschares gangréneuses se forment, un phlegmon diffus survient, et le malade meurt. On trouve, à l'autopsie, une fracture exclusivement intra-capsulaire; le fragment inférieur présente un petit bec de tissu compacte correspondant au bord inférieur du col, et du fragment supérieur formé par la tête de l'os partent des languettes fibreuses très résistantes ; il y a une adhérence très solide entre les bords du cartilage articulaire et les languettes périostiques ; le fragment supérieur est excavé et éburné à sa surface fracturée ; il y a enfin des productions stalactiformes à la base du col à l'extérieur de la capsule.

M. Larrey fait observer que cette pièce anatomique, malgré tout l'intérêt qu'elle peut avoir, diffère essentiellement de celle que M. Huguier a présentée, et ne saurait par conséquent lui être assimilée. En effet, dans le cas offert par M. Chassaignac, la fracture était exclusivement intra-capsulaire, et sa disposition suffirait pour expliquer l'absence des signes caractéristiques ; tandis que, dans le cas présenté par M. Huguier, la fracture se trouvait en grande partie extra-capsulaire, et cependant elle ne s'était révélée par aucun signe appréciable avant la mort. C'est là ce qui établit une différence marquée entre ces deux faits et donne à celui de M. Huguier un intérêt spécial, puisqu'il représente un cas exceptionnel.

M. Larrey a cru devoir faire cette observation en l'absence de M. Huguier, qui probablement l'aurait faite.

M. Vidal exprime la pensée de plusieurs de ses collègues, en disant que l'élève de M. Chassaignac est parvenu, dans ses recherches, à déterminer la fracture. Cette fracture était sans doute intra-périostale; et ainsi incomplète, elle explique, d'une part, les difficultés du diagnostic, et, d'autre part, le résultat signalé.

M. Chassaignac reconnaît que M. Larrey a eu raison d'établir une différence entre les deux cas de fracture, sans admettre qu'il y ait une mobilité moindre dans les fractures intra-capsulaires. Il apprécie également la remarque faite par M. Vidal sur la circonstance accidentelle qui a eu des suites aussi regrettables.

M. Morel dit que la pièce intéressante de M. Chassaignac vient s'ajouter aux faits déjà nombreux qui ont enlevé presque toute sa valeur au signe donné par Boyer. On a vu des fractures du col du fémur qui, non-seulement permettaient aux malades étendus sur leur lit les mouvements de soulèvement du membre, mais qui leur avaient permis même de marcher à une assez longue distance avant que l'impuissance du membre et les autres caractères de la fracture se fussent manifestés. M. Robert, entre autres, a cité un cas de ce genre, et M. Malgaigne en a rapporté un aussi dans son livre sur les fractures.

M. Giraldès fait observer que, dans ces fractures intra-capsulaires, il y a ordinairement engrenage des fragments. Un exemple emprunté à Sanson en a été présenté à la Société anatomique.

Correspondance.

M. Cazenave (de Bordeaux) adresse à la Société, avec une lettre d'envoi, un manuscrit renfermant divers travaux sous les titres suivants :

1° Histoire d'une taille bilatérale faite dans un cas exceptionnel,

avec un lithotome double fabriqué tout exprès par M. Charrière et d'après les indications de l'auteur ;

2° Fracture de l'humérus droit, tout près de l'articulation du coude, et résection du fragment supérieur ;

3° Observation de tubercules fibreux et d'un rétrécissement du rectum traités avec succès ;

4° Opération faite sans succès pour enlever des tubercules encéphaloïdes siégeant dans le rectum ;

5° Petit mémoire à consulter sur un rétrécissement circulaire du rectum ;

6° Vaste ulcération et dégénérescence cancéreuse du col de l'utérus traitées par le cautère actuel ;

7° Opération de fissure anale faite avec succès ;

8° Extirpation d'un squirrhe mammaire ; récidive et mort ;

9° Ablation d'une dégénérescence squirrhcuse de la vulve et du vagin ;

10° Errenr de diagnostic touchant un calcul vésical.

Une commission composée de MM. Guersant, R. Marjolin et Demarquay examinera le manuscrit de M. Cazenave, et en fera un rapport à la Société.

M. Cazenave a envoyé en même temps différents travaux imprimés que M. le président n'a pu apporter à la séance.

Kystes hydatiques de l'abdomen.

M. Vidal (de Cassis) présente au nom de M. Goyrand (d'Aix), membre correspondant de la Société, un travail manuscrit intitulé : *Deux cas remarquables de kystes hydatiques de l'abdomen considérés au point de vue chirurgical.*

M. le secrétaire donne lecture de ce mémoire en entier pour M. Vidal, qui s'excuse de ne pouvoir s'en charger.

« Les faits qui font le sujet de ce travail, dit M. Goyrand dans son introduction, paraîtront peut-être étrangers à la spécialité de l Société de Chirurgie. En effet, la description des kystes hydatique de l'abdomen, qui occupe une longue place dans les livres des ma ladies internes, est généralement négligée dans les traités de chirurgie ; cependant c'est par des moyens chirurgicaux qu'on arrive à

établir le diagnostic de cette affection, c'est par des moyens chirurgicaux qu'on la guérit. C'est donc à tort que les chirurgiens l'ont négligée, et je ne connais pas de juge plus compétent de la question dont je m'occupe aujourd'hui que la Société à laquelle j'ai l'honneur de soumettre ces observations. »

Premier fait. — Trois kystes hydatiques du foie s'ouvrant spontanément, le premier (1833) dans les bronches, le second (1845) dans l'estomac, et le dernier (1848) dans l'intestin. Guérison.

Second fait. — Enorme kyste acéphalocyste de la rate. — Ponction exploratrice suivie d'une péritonite grave. — Ouverture du kyste par incision des couches extérieures et cautérisation des couches profondes de la paroi abdominale. — Mort par suite de la rétraction trop rapide du kyste qui s'est détaché du parenchyme de la rate.

Tel est l'énoncé des deux observations rapportées par M. Goyrand, qui arrive à la conclusion suivante : « Il faut donc qu'on cesse de considérer comme inoffensives les ponctions exploratrices des kystes abdominaux. »

M. Vidal remercie M. le secrétaire, au nom de M. Goyrand, de s'être chargé de cette lecture, et demande le renvoi du mémoire au comité de publication.

M. le président annonce, d'après une remarque de M. Lenoir, que la discussion est ouverte sur ce sujet.

M. Maisonneuve dit que M. Goyrand est arrivé par son expérience propre aux résultats où il est parvenu lui-même, comme le témoigne la thèse qu'il vient de soutenir récemment pour le concours actuel de médecine opératoire. La ponction des kystes abdominaux est, selon lui, une pratique fâcheuse, qu'il a vue plusieurs fois occasionner des accidents mortels. Il appuie donc les conclusions de M. Goyrand à cet égard, et il ajoute que c'est toujours une chose grave d'agir ainsi, parce qu'on n'a aucun moyen d'empêcher l'épanchement de se faire dans la cavité péritonéale.

M. Giraldès ne sait pas si la Société acceptera la doctrine soutenue par M. Maisonneuve, mais il affirme d'après de nombreux exemples que des ponctions ont été faites sans ac-

cidents à des kystes abdominaux. L'un de ces exemples a même été rapporté par M. Maisonneuve. M. Giraldès fait observer, d'autre part, que des kystes se sont ouverts dans le péritoine sans aucune conséquence grave. Il a même vu la rupture d'un de ces kystes hydatiques volumineux donner lieu sans le moindre danger à une hydropisie ascite.

M. Maisonneuve fait remarquer à M. Giraldès qu'il confond la ponction simple et la ponction exploratrice. Or, c'est celle-ci, la ponction exploratrice, qu'il rejette entièrement. Il a d'ailleurs vu aussi, à Saint-Louis, une jeune fille chez laquelle un kyste s'était ouvert dans le péritoine sans résultat fâcheux. Il sait de même que les ponctions évacuatrices peuvent en effet procurer des guérisons ; mais il répète que, pour les ponctions exploratrices, on doit s'en abstenir d'une manière absolue.

M. le président met aux voix la proposition de renvoyer le travail de M. Goyrand au comité de publication. Cette proposition est adoptée.

Anatomie pathologique d'une fausse articulation.

M. Giraldès présente une fausse articulation du tiers inférieur du bras gauche, qui lui semble affectée de tumeur blanche, chez un malade de soixante ans, mort à la suite d'un phlegmon diffus du membre inférieur. Voici l'état des parties :

1° *Examen pendant la vie.* — Cette fausse articulation très ancienne est placée au tiers inférieur de l'avant-bras gauche ; elle est mobile. Cette mobilité permet des mouvements dans tous les sens ; le malade se sert de son membre, et, malgré la grande mobilité des parties, il peut se soulever en s'appuyant sur sa main ; alors les fragments se déplacent : le supérieur en dehors, l'inférieur en dedans.

2° *Examen après la mort.* — Les aponévroses des muscles et surtout celle qui s'attache aux côtes osseuses de l'humérus, la cloison inter-musculaire sont hypertrophiées et semblent

former des ligaments; les muscles conservent leur volume normal, à l'exception des fibres profondes du brachial antérieur; celles-ci sont décolorées et atrophiées. Les deux extrémités des os sont placées à distance et maintenues ainsi par une capsule fibreuse, dense, parsemée de noyaux osseux et de plaques en apparence cartilagineuses.

Les fragments osseux jouent l'un sur l'autre; le supérieur est coupé en bec de flûte, l'inférieur est arrondi; tous les deux sont encroûtés d'une substance fibreuse blanche ayant l'apparence de cartilage.

La partie interne de cette fausse articulation de cette capsule offre des dimensions assez grandes. La face interne est blanche, formée de fibres de tissu fibreux hypertrophié et traversé par des franges rouges ayant l'apparence des membranes synoviales.

M. Maisonneuve, en entendant M. Giraldès parler de la possibilité qu'une tumeur blanche se développe dans une fausse articulation, doute qu'il soutienne une semblable hypothèse et lui demande s'il connaît des exemples de ce qu'il avance.

M. Giraldès répond que l'existence de la membrane synoviale suffit pour faire admettre la possibilité du fait.

M. Maisonneuve prétend que ce n'est pas là une membrane synoviale.

M. Giraldès ne peut mieux prouver le contraire que par la démonstration, et il reproche à M. Maisonneuve de n'avoir pas même examiné cette pièce anatomique.

M. Maisonneuve n'avait qu'un but dans ce qu'il a dit, c'était de connaître s'il existe ou non dans la science des faits de tumeurs blanches des fausses articulations.

M. Chassaignac, trouvant cette pièce remarquable par le développement d'un tissu cartilagineux sur une portion d'os, pense que la question soulevée par M. Giraldès mérite d'être examinée.

Ophthalmie purulente.

M. Larrey fait part à la Société de deux faits qui semblent offrir de l'intérêt. « Tous les chirurgiens, dit-il, savent combien sont graves les ophthalmies purulentes, dont l'apparition insidieuse, les causes diverses, les signes compliqués, la marche rapide, les terminaisons fâcheuses, les altérations profondes et la thérapeutique souvent impuissante attestent l'extrême gravité.

» Tous les chirurgiens, dit-il encore, savent par l'observation avec quelle virulence se développe l'ophthalmie blennorrhagique, avec quelle intensité se propage l'ophthalmie des nouveau-nés, avec quelle promptitude même se manifeste la même maladie sous l'influence de diverses causes d'encombrement ou autres; mais nous ne connaissons guère que par tradition les effets désastreux de l'ophthalmie des armées; car cette redoutable maladie, endémique ou épidémique dans certaines contrées, comme l'Egypte d'où elle semble originaire, la Hollande et la Belgique où elle sévit encore, l'Angleterre, la Russie et d'autres pays du Nord qu'elle a envahis à plusieurs époques, semble avoir jusqu'ici épargné la France. C'est pourquoi, ajoute M. Larrey, l'ophthalmie purulente, même sporadique, survenue dans des conditions où je ne l'avais jamais observée jusqu'à présent dans nos hôpitaux militaires, me semble mériter une sérieuse attention. Voici les faits :

« Deux jeunes soldats appartenant à un régiment caserné ou plutôt baraqué sur l'esplanade des Invalides, sont entrés cette semaine au Gros-Caillou, à peu d'intervalle l'un de l'autre, pour une ophthalmie purulente des mieux caractérisées. Tuméfaction et rougeu intense des paupières, avec chaleur et douleurs vives, occlusion de l'œil, écoulement puriforme abondant, boursouflement de la conjonctive oculo-palpébrale, chémosis et kératite compliquée de ramollissement, avec tendance à l'ulcération perforante, et à l'évacuation des humeurs de l'œil.

» Chez aucun de ces deux hommes n'existaient d'indices d'une blennorrhagie urétrale, et nulle cause appréciable de contamination directe. Mais il ne serait pas impossible que les conditions d'insalubrité où se trouvent les baraques de l'Esplanade jointes à l'humidité plus grande du terrain par la crue des eaux de la Seine, n'eussent déterminé cette ophthalmie, bien qu'elle n'existe qu'à un seul œil.

» Deux autres soldats du même régiment en ont été affectés aussi, mais à un degré moindre, et à cause de cela n'ont pas été envoyés à l'hôpital; tandis que ceux qui y sont entrés, tardivement il est vrai, conserveront difficilement la vue de l'œil malade. L'un d'eux même est pris de l'œil gauche, par suite d'un attouchement présumé de la matière virulente (c'est là une circonstance à noter).

» Le traitement le plus actif, le plus énergique, tel qu'il est indiqué en pareil cas, saignée générale et locale, scarifications et cautérisations de la conjonctive, irrigation froide, etc., semble devoir échouer, sinon complétement, du moins en partie, quoique l'intensité des symptômes soit diminué.

» Il ne faudrait pas conclure de ces faits isolés que le régiment auquel ces hommes appartiennent soit sous l'imminence d'une épidémie d'ophthalmie purulente; mais il est utile d'y veiller, comme il serait utile de savoir si la même ophthalmie se serait manifestée dans d'autres localités.

» Voilà pourquoi, dit M. Larrey en terminant, j'ai voulu soumettre ces faits à l'attention de mes honorables collègues. »

M. Maisonneuve se souvient qu'en 1846 il se manifesta à Bicêtre, dans la division des aliénés, une épidémie très grave d'ophthalmie purulente. Plusieurs malades succombèrent; d'autres perdirent la vue des deux yeux, et un plus grand nombre d'un seul œil; la plupart des personnes du service, les infirmiers entre autres, eurent des atteintes de cette maladie à divers degrés, et M. Maisonneuve lui-même en fut affecté. On ne put alors saisir dans les conditions de la température des salles ou dans d'autres circonstances aucune cause appréciable du développement de cette épidémie.

M. R. Marjolin pense que cette affection aussi grave que

l'ophthalmie blennorrhagique est aussi contagieuse, et n'est pas seulement particulière aux soldats. En effet, outre l'épidémie dont M. Maisonneuve a été témoin à Bicêtre, il a eu occasion, en 1832, d'en observer avec son père une autre à Lourcine. On avait réuni à cette époque, dans les bâtiments de cet hôpital, une grand nombre d'enfants dont les parents étaient morts du choléra. Ces enfants restaient dans les cours pendant la journée exposés au soleil, entre ces bâtiments nouvellement blanchis, et malgré tous les soins de propreté dont ils étaient entourés, il y avait encore beaucoup à désirer sous le rapport des conditions hygiéniques. Ainsi, en entrant dans les dortoirs, on était saisi par une odeur ammoniacale très prononcée, et bientôt après on éprouvait dans les yeux une sorte de picotement très sensible. Le nombre des malades augmenta en peu de jours, à tel point qu'il fallut songer à évacuer Lourcine. Une partie des enfants fut envoyée à l'hospice des Bons-Hommes, et une autre partie à Saint-Antoine ou aux Orphelins. Un assez grand nombre perdirent la vue.

La seconde fois que M. Marjolin a eu occasion d'observer cette maladie, c'était dans son service à l'hôpital de Bon-Secours. Ce n'était plus cette fois sur des enfants ou de jeunes adultes, mais sur des enfants nouveau-nés. Il avait bien eu à plusieurs reprises occasion de voir quelques cas isolés d'ophthalmie purulente, mais jamais il n'avait vu un aussi grand nombre d'enfants atteints en même temps. En recherchant quelles pouvaient être les causes qui favorisaient le développement de cette affection, M. Marjolin trouva que toutes les layettes des enfants étaient dans une armoire, séparée seulement des latrines par une simple cloison. Il fit aussitôt enlever les layettes de cette place, et si depuis des cas isolés se sont encore montrés, il n'y a pas eu de nouvelle épidémie.

Il pense que dans ces deux circonstances la maladie a eu pour cause des conditions d'insalubrité, et qu'il existe une

grande analogie entre elle et l'opthalmie purulente des armées, dont M. Larrey vient d'entretenir la Société.

M. Guersant a observé l'ophthalmie purulente à l'hôpital des Enfants, et il la considère aussi comme étant très analogue à l'ophthalmie purulente des militaires.

M. Larrey, en reproduisant la question telle qu'il l'avait posée, a dû écarter les faits relatifs à l'ophthalmie purulente qui se développe chez les nouveau-nés, ou dans certaines conditions d'ailleurs bien connues de tous les chirurgiens pour fixer son attention sur la maladie survenue parmi les soldats. Il aura soin, du reste, de rendre compte du résultat de ses observations.

Appareil à irrigation.

Le docteur Eguisier met sous les yeux de la Société un piston garni en caoutchouc vulcanisé dont il a fait l'application à son irrigateur, appareil sur lequel la Société de Chirurgie a fait le 3 juin 1846 un rapport des plus favorables.

M. Eguisier regarde ce perfectionnement comme important, en ce que le cuir dont on a garni les pistons jusqu'à ce jour se dessèche et se rétrécit assez promptement. La gomme vulcanisée met le piston à l'abri de ces inconvénients. Elle est imperméable; sa flexibilité et son élasticité sont invariables.

La séance est levée à cinq heures et demie.

H. L.

Séance du 20 février 1850.

Présidence de M. Deguise père.

Ophthalmie purulente.

Après la lecture du procès-verbal, M. Larrey donne des nouvelles des deux malades dont il a entrenu la Société dans la dernière séance, et qui étaient entrés au Gros-Caillou pour une ophthalmie purulente. L'un et l'autre sont hors de dan-

ger ; mais chacun d'eux a perdu à peu près la vue de l'œil qui avait été atteint, et ce fâcheux résultat n'était que trop prévu. Les accidents primitifs n'ont cessé que pour faire place à des lésions secondaires. Ainsi, chez le premier malade, une ulcération perforante de la cornée s'est compliquée d'adhérences et de procidence de l'iris, d'hypopion et de kératomalaxie. Chez le second malade, le chémosis péricornéal a déterminé aussi le ramollissement et la suppuration interlamellaire de la cornée, sans perforation, mais en donnant lieu à un staphylome, qui, suivant toute probabilité, suivra un développement progressif.

Il est heureux encore, ajoute M. Larrey, que dans ces deux cas l'œil n'ait pas été vidé de ses humeurs et ne se soit pas atrophié, comme on pouvait le craindre.

Aucun nouveau cas d'ophthalmie purulente ne s'est d'ailleurs présenté dans la garnison de Paris ; et ainsi que nous l'avions espéré, cette redoutable maladie est restée à l'état sporadique.

Correspondance.

M. Boys de Lourg, secrétaire-général de la Société de médecine de Paris, demande la suite des fascicules de la Société de chirurgie, dont il est chargé de faire l'analyse, et il exprime la pensée d'entretenir toujours les bonnes relations établies entre les deux sociétés.

La suite des fascicules sera envoyée à la Société de Médecine avec la réponse qu'il est convenable de lui adresser.

— Les rédacteurs d'un journal intitulé l'*Emancipation de l'enseignement, journal de l'instruction publique à tous les degrés*, adressent une lettre dans laquelle ils indiquent les avantages inhérents à toute société bien organisée, et l'utilité de passer en revue les résultats les plus importants obtenus par les principales associations savantes de Paris. Ils demandent, en considération de ces vues d'intérêt général, 1° le

dernier compte-rendu des travaux de la Société de Chirurgie; 2° la liste des membres de la Société.

Réponse sera faite avec envoi des pièces demandées; et sur la proposition de l'un des membres (M. Vidal), les statuts de la Société seront joints à cet envoi.

Cal volumineux et difforme d'une fracture ancienne du col du fémur.

M. Giraldès présente une pièce anatomiqne recueillie à l'hôpital de la Clinique chez un malade dont voici l'observation succincte :

Cet homme, âgé de trente-neuf ans, ancien infirmier à l'hôpital maritime de Brest, avait fait autrefois une chute sur la hanche droite; il est entré à la Clinique pour une claudication existant depuis huit ans, et surtout pour un gonflement œdémateux des deux extrémités inférieures, celle du côté droit offrant cette tuméfaction à un degré beaucoup plus prononcé que celle du côté gauche. Cette partie est difforme, raccourcie, déviée de sa direction normale et tournée dans la rotation en dehors. L'augmentation considérable de l'œdème empêchait d'explorer l'articulation de la hanche, et avait envahi tout le scrotum. Un abcès sous-cutané très étendu avait compliqué cet état; il fut ouvert, et il survint une péritonite à laquelle le malade succomba.

L'autopsie a fait voir les altérations suivantes : un engorgement des ganglions lombaires, volumineux, comprimant les vaisseaux veineux, et un œdème induré du tissu cellulaire du bassin.

Le fémur du côté droit est terminé par une masse osseuse très considérable, ayant la forme d'une pyramide dont la base correspond à la fosse iliaque externe. Cette masse irrégulière est constituée par des tubercules, des stalactites osseuses, qui semblent se détacher du fémur. Elle présente une base concave s'adaptant à la convexité de la fosse iliaque, et glissant sur elle au moyen d'une membrane synoviale de nouvelle

formation On trouve dans cette cavité la tête du fémur entièrement séparée de son col, dépouillée de ses enveloppes fibreuses, de son cartilage, de son périoste, réduite à l'état de nécrose ou du séquestre, et logée dans une espèce de capsule creusée au milieu de la tumeur osseuse.

Cette pièce représente, selon M. Giraldès, une ancienne fracture complète du fémur, compliquée d'un déplacement considérable qui a ainsi donné lieu à la formation de cet énorme cal.

M. Maisonneuve dit avoir vu à Bicêtre un malade chez lequel, à la suite d'une double luxation des deux articulations scapulo-humérales, se développèrent d'énormes stalactites osseuses qui remplirent les aisselles en déterminant l'immobilité complète des deux bras.

M. Demarquay a eu occasion de voir dernièrement une pièce anatomique qui se rapporte à une fracture du col du fémur. Des stalactites se sont développées consécutivement dans la disposition que voici : ces jetées osseuses de nouvelle formation se sont déposées à la partie antérieure et à la partie postérieure du fémur, en se portant du côté du bassin en avant et en arrière, de telle sorte que le malade était assis sur ces dépôts d'ossification, qui servaient également de point d'appui au mouvement du bassin.

M. Giraldès rappelle que l'histoire des stalactites osseuses a été bien décrite, et il croit qu'il s'agit ici d'autre chose que de stalactites. C'est, pour lui, un véritable cal enveloppant toutes les parties qu'il vient de montrer. Le fémur, remonté ainsi sur la face externe de l'os iléon, était entouré de franges synoviales; et ce qui lui paraît curieux surtout, c'est la disposition de la tête complétement séparée de l'os et nécrosée.

M. Giraldès regrette de n'avoir pas pu disséquer lui-même cette pièce anatomique, qui a été détachée avec trop de précipitation par l'interne chargé de l'autopsie; mais il sera possible encore d'apprécier avec plus de soin les altérations profondes.

M. Michon ne conteste pas que cette pièce ne soit très intéressante; mais il pense que, avant d'examiner la question de savoir s'il s'agit ou non de stalactites, on devrait connaître exactement les diverses circonstances qui manquent aux éléments de la discussion. Ainsi, les antécédents du malade, les conditions primitives de la fracture, en établissant un diagnostic fondé sur la symptomatologie, auraient permis de constater tout d'abord le degré de raccourcissement du membre, sa déviation et les autres signes utiles à connaître pour en déduire des conséquences plus justement applicables aux lésions secondaires.

Nous savons tous, dit M. Michon, que certaines maladies des os se compliquent de fractures ou se terminent par cet accident. C'est pourquoi, dans le cas présent, il était nécessaire de savoir si l'œdème du membre ne devait pas être attribué à une altération organique du fémur, si la partie inférieure du séquestre n'était point malade, si l'ascension de l'os vers le bassin n'était pas due à un état d'hypérémie; si, enfin, les divers caractères anatomiques indiqués par M. Giraldès ne seraient point dus à une autre lésion que celle dont il a parlé. M. Michon demande, en un mot, que l'histoire de la maladie soit jointe à l'anatomie pathologique, en complétant celle-ci par un examen qui mette les parties cachées à découvert.

M. Giraldès reconnaît la justesse des réflexions faites par M. Michon; mais il est en mesure d'y répondre.

Le malade, comme il l'a dit, est entré à l'hôpital pour s'y faire traiter de la difformité qu'offrait surtout l'un de ses membres inférieurs par son volume énorme. On y voyait des traces multiples de ventouses scarifiées, des points fistuleux profonds, et on constatait quelques autres signes dont il a parlé. Il ne doute pas que la fracture n'ait été le point de départ de la maladie, et il fait observer que dans le développement de l'ostéite les os augmentent en effet de volume, mais ne forment jamais une masse aussi régulière que celle-

ci. De plus, le déplacement du trochanter résultait évidemment d'une fracture qui s'est trouvée enclavée dans tous ces tissus.

M. Giraldès admet d'ailleurs la nécessité d'une préparation anatomique plus complète, sans accorder autant de portée aux objections que lui a faites son honorable collègue.

M. Michon répète qu'il a voulu seulement signaler l'insuffisance de l'anatomie pathologique pour expliquer d'une manière satisfaisante le fait qui s'y rattache.

M. Loir aurait quelques réflexions à faire sur la formation des stalactites et sur l'appréciation des symptômes primitifs ou consécutifs dans le cas actuel; mais il y renonce pour ne pas prolonger cette discussion.

Troubles prolongés de l'innervation par l'emploi du chloroforme.

M. Michon communique le fait suivant relatif aux effets du chloroforme.

Il s'agit d'une jeune fille à laquelle il a appliqué hier plusieurs raies de feu sur le genou pour une tumeur blanche de l'articulation; mais afin de lui épargner la douleur il a eu soin de la soumettre à l'inhalation du chloroforme, sans en porter la dose jusqu'à un résultat complet; de telle sorte que la malade a conservé un peu de sensibilité sous l'action du cautère actuel.

Mais après la visite de M. Michon, cette jeune fille, revenue à elle, resta pendant trois heures et demie dans un état d'insensibilité absolue; elle aurait été pincée, piquée, meurtrie, sans témoigner la moindre douleur; elle était immobile, et elle avait les yeux fixement ouverts, avec des hallucinations de la vue, comme dans l'extase. C'est ce dont elle retrouva elle-même le souvenir; mais interrogée à l'effet de savoir si antérieurement elle n'aurait pas eu quelques accidents nerveux, elle assura n'en avoir jamais éprouvé.

M. Michon ne cite qu'en passant cette observation, qui a été

recueillie avec soin par son interne, et qu'il pourra d'ailleurs communiquer plus complétement à la Société de Chirurgie.

La séance est levée avant cinq heures.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, H. L.

Séance du 27 février 1850.

Présidence de M. Deguise père.

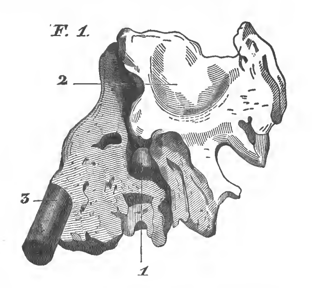
Cal volumineux et difforme d'une fracture ancienne du col du fémur.

M. Giraldès, pour compléter la description de la pièce pathologique qu'il a présentée dans la dernière séance, la montre dépouillée de ses parties molles et en fait la description de la manière suivante :

« Cette pièce est constituée par une tumeur osseuse dans laquelle sont compris les trochanters et la base du col ; sa hauteur est de 24 centim., et sa grande circonférence de 34 ; sa forme est comparable à une pyramide triangulaire dont la base s'applique sur la cavité articulaire et sur la face externe de l'os des îles, et dont l'arête interne se prolonge en arc-boutant au-dessous du cotyle. La surface de cette masse osseuse est irrégulière, composée d'ossifications, de stalactites osseuses plus amassées en arrière et en dedans de l'articulation qu'en avant et en dehors. La face interne de cette tumeur osseuse, celle qui s'applique contre la face externe de l'os des îles, est formée par une surface concave, irrégulière, de 12 à 13 centimètres de longueur, et recouverte par un tissu fibreux et par une membrane synoviale. Cette surface est constituée par la partie supérieure du fémur : elle présente à sa partie inférieure une petite cavité dans laquelle est logé le col de l'os.

En coupant la tumeur dans son grand diamètre, on constate de nouveau qu'en dehors elle est formée par le corps du

fémur, et en dedans par les exostoses qui s'en détachent. On constate également que le tissu osseux est devenu plus dense dans quelques points, mais que nulle part, soit sur le corps du fémur, soit sur la tumeur osseuse, on ne rencontre, dit M. Giraldès, un travail d'ossification semblable à celui qui existe autour des os nécrosés. La tête du fémur, érodée en partie, avec une portion de son col, est contenue dans la cavité cotyloïde et dans la petite dépression qui existe à la face interne de la tumeur osseuse; elle y est contenue libre de toute adhérence et à la manière d'un corps étranger enkysté. Au-dessous de la cavité cotyloïde ou de l'os iliaque, et dans le point correspondant aux attaches du petit muscle fessier, on rencontre une tumeur osseuse en forme de tête, qui semble s'articuler avec la partie supérieure et interne de la pyramide osseuse formée par l'ensemble des parties.



La fig. 1 représente le fémur (3) et l'os iliaque (2) en rapport.

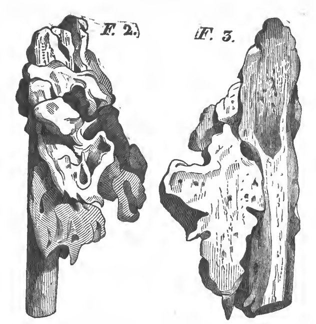


Fig. 2, les parties séparées. | Fig. 3, la coupe longitudinale.

M. Chassaignac trouve deux points remarquables dans cette pièce; c'est que, d'une part, les productions osseuses, extrêmement abondantes ici, se rapportent non-seulement au travail de formation du cal, mais encore et surtout à ce travail de production osseuse qui se fait autour des nécroses; c'est que, d'autre part, la tête osseuse, quoique complétement nécrosée, était contenue dans une cavité où il n'y avait pas de suppuration, et qui ne communiquait à l'intérieur par aucun trajet fistuleux.

M. Chassaignac a vu des faits analogues à la Société anatomique, particulièrement au niveau du grand trochanter, où sans doute il existe une vitalité exagérée du fémur.

M. Giraldès fait observer à son collègue qu'en raison de l'ancienneté de la lésion, il y a eu des accidents d'inflammation et de suppuration très marqués.

M. Forget demande si les fistules communiquaient avec la tête du fémur.

M. Giraldès répond négativement, et rappelle que la tête osseuse se trouvait dans un isolement absolu.

M. Morel demande que cette observation soit complétée et accompagnée d'un dessin.

M. Giraldès regrette que la pièce pathologique subsiste seule, parce que les antécédents de cette lésion restent inconnus.

M. A. Forget comparerait volontiers cette sorte d'enkystement de la tête du fémur à une balle enkystée dans un os, avec cette différence, qui n'existe pas ici cependant, qu'un séquestre est un agent de suppuration, et qu'un projectile peut séjourner dans l'épaisseur des tissus sans y provoquer la formation du pus.

M. Giraldès, revenant au point précis de la discussion, rappelle qu'il existe des cas nombreux dans lesquels des végétations osseuses se sont ainsi développées; les *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, la *Médecine opératoire* de Sabatier, le travail de Smith sur les *fractures près des articulations*, fournissent des exemples analogues à celui-là.

Pour M. Giraldès, en un mot, ce n'est pas là une nécrose; c'est un excès de vitalité ou d'hypersécrétion osseuse.

— M. Loir appelle l'attention de la Société sur un mémoire publié par M. Bouvier à l'occasion du prix d'orthopédie. Ce mémoire, à l'article *Luxation de l'articulation coxo-fémorale*, contient plusieurs exemples d'hypertrophie osseuse appartenant à l'extrémité supérieure du fémur et à l'os iliaque.

Les observations que M. Loir a faites lui-même lui ont donné pour résultat général ce que M. Giraldès a exposé dans ce cas particulier. Ici seulement le volume de l'os, la struc-

ture spongieuse, la vascularité, le défaut de coaptation des fragments, ont été les causes de la formation d'un cal énorme. On pourrait dire que c'est un cal provisoire, selon Dupuytren, persistant indéfiniment, en raison même de l'impossibilité du cal définitif.

Les stalactites osseuses, dit M. Loir, se sont formées sans doute par suite du frottement du fémur et de l'os iliaque l'un contre l'autre, et sont le résultat des efforts et des mouvements nécessités pour la station et la marche. Une autre preuve à l'appui de ce fait, c'est que les cavités articulaires accidentellement formées sur la fosse iliaque externe sont dues aux luxations non réduites du fémur sur l'os iliaque.

Dans la fracture intra-capsulaire de l'extrémité supérieure du fémur, ajoute M. Loir, il faut noter au contraire la difficulté que le cal éprouve à se former par son insuffisance propre. En effet, le fragment supérieur est privé de sa vitalité par le fait même de la fracture; il tend à s'atrophier, à s'user et à disparaître par résorption.

Le cas de nécrose de la tête du fémur présenté par M. Giraldès en est même un exemple. Mais les masses de concrétions osseuses qui s'observent sur cette pièce pathologique ne sont pas, selon M. Loir, la conséquence de cette nécrose; elles doivent être rapportées, dit-il, 1° au travail d'ossification nécessité par la fracture qui a eu lieu au niveau des trochanters; 2° aux pressions et aux frottements que ces parties ont eu à supporter continuellement dans la station et la progression. Les productions osseuses auxquelles donne lieu la nécrose avec séquestre offrent des caractères bien différents.

M. Chassaignac répète formellement qu'ici la principale partie du travail d'ossification est celle d'une nécrose.

M. Giraldès soutient, de son côté, que dans le cas présent, l'idée d'une nécrose est complétement en opposition avec le fait démontré d'une formation du cal.

M. Gosselin pense que ces deux opinions contraires peuvent être mises d'accord, parce que chacune d'elles semble

vraie; dans les deux cas, en effet, le travail osseux est identique par l'épanchement de lymphe plastique qui doit se transformer en os, et le travail d'ossification pourrait s'appeler hypérostose.

M. Deguise fils fait les réflexions suivantes :

« M. Chassaignac, dit-il, exprime son étonnement après avoir examiné la tête du fémur, qu'il trouve nécrosée, qu'il n'y ait pas eu de foyer purulent autour d'elle, ni de trajet fistuleux communiquant à l'extérieur; et M. Forget, pour expliquer ce phénomène, le compare à ce qui se passe lorsqu'une balle est perdue dans quelque point de l'économie. Je suis d'autant plus disposé à admettre l'explication de M. Forget qu'elle m'a été démontrée par une pièce que j'ai eue entre les mains. J'ai trouvé, il y a cinq ou six ans, dans le foie d'un ancien militaire blessé à la bataille de la Moskowa, un fragment de côte de 5 ou 6 centimètres totalement détaché et enkysté au milieu du tissu du foie. Il n'y avait point de foyer purulent autour du kyste, ni le moindre vestige de trajet fistuleux. »

M. Deguise demande à M. Larrey s'il n'a pas vu des cas analogues à celui-là.

M. Larrey répond qu'il a vu quelquefois des fragments d'os à l'état de séquestres arrêtés ou maintenus dans l'épaisseur des organes sans y avoir déterminé d'accidents; mais il ne pense pas pour cela que ces portions d'os nécrosés puissent séjourner ainsi au milieu des tissus vivants sans y devenir tôt ou tard un foyer d'inflammation et une source de suppuration.

Quant à l'analogie d'action établie entre ces fragments d'os et les projectiles d'armes à feu, M. Larrey ne la croit pas exacte.

Dans le premier cas, du reste assez rare, le corps étranger, quoique mortifié, n'en est pas moins un corps organique susceptible d'absorption ou d'altération; or, par ce seul fait, il peut provoquer ou entretenir de l'irritation dans les parties

au sein desquelles il se trouve placé; et il tendrait d'ailleurs par sa forme irrégulière à produire les mêmes effets; tandis que dans le second cas, extrêmement fréquent au contraire, le corps étranger, étant inerte, inorganique, conserve invariablement ses propriétés matérielles au milieu des tissus qui l'entourent; il s'y fixe enfin d'autant mieux que sa configuration est plus régulière et s'adapte plus facilement à la formation d'un kyste ou d'une enveloppe propre.

« Je pourrais, ajoute M. Larrey, rappeler bien des faits à l'appui de ce que j'avance si je ne craignais de m'écarter du sujet de la discussion. Il me suffira d'en citer un seul parmi ceux que renferment surtout les annales de la chirurgie militaire.

» Un soldat de l'armée du Rhin reçoit un coup de feu à l'épaule; sa blessure n'offre qu'une seule plaie, qui se cicatrise au bout d'un certain temps sans que l'on puisse reconnaître si la balle en est ressortie. Les accidents traumatiques ne laissent plus ensuite d'autre trace qu'une cicatrice déprimée et une ankylose incomplète, qui persiste et fait admettre l'ancien soldat aux Invalides.

» Trente-cinq ou trente-six ans après la blessure, il fait une chute sur le moignon de l'épaule; une arthrite se déclare et se complique de suppuration profonde, d'ulcération fistuleuse et de dénudation étendue de l'humérus. Mon père ampute le bras dans l'articulation, et, à l'examen anatomique du membre, nous trouvons la balle logée dans le centre de la tête osseuse, qu'elle avait perforée en se creusant une place dans son tissu spongieux. L'ouverture s'était rétrécie à tel point qu'elle ne permettait plus au projectile de ressortir de cette cavité, au milieu de laquelle il était resté libre et mobile comme un grelot. J'ai montré cette singulière pièce à la Société anatomique il y a une quinzaine d'années; mais elle a été malheureusement égarée depuis.

» L'intérêt qui peut s'attacher même de loin à ce fait m'excusera, j'espère, de cette digression. »

M. LE PRÉSIDENT et plusieurs membres, MM. Cullerier, Mo-

rel-Lavallée, Guersant et Debout, discutent la question de savoir si on ne pourra pas reproduire, soit dans les mémoires, soit dans les bulletins, un dessin de la pièce anatomiqne présentée par M. Giraldès.

Il est décidé que ce dessin sera annexé aux bulletins.

Troubles prolongés de l'innervation par l'emploi du chloroforme.

M. Michon donne lecture de l'observation qu'il a communiquée sommairement dans la dernière séance. Voici l'extrait de cette observation recueillie par M. Mesmet, interne du service :

« Le mardi 19 février 1850, une jeune fille de vingt-deux ans, d'une bonne constitution, bien réglée, n'ayant jamais eu, assure-t-elle, aucune attaque d'hystérie, fut chloroformisée pour une cautérisation transcurrente sur le genou gauche affectée de tumeur blanche en voie de guérison.

» Soumise à neuf heures et demie du matin aux inspirations du chloroforme, elle fut insensible au bout de trois ou quatre minutes, sans d'autres troubles qu'un peu de lenteur et de faiblesse du pouls. La cautérisation terminée, la circulation reprit son type normal, et la malade fut abandonnée à elle-même.

» A onze heures et demie (deux heures après la chloroformisation), je revins voir la malade, et la trouvai absolument insensible sur tous les points du corps. Le pouls était bon, la respiration calme; seulement, de temps en temps, une inspiration profonde a lieu; la sensibilité tactile est très obtuse; la motilité légèrement affaiblie; l'intelligence parfaitement conservée. La jeune fille se plaignit de quelque chose de lourd et d'incommode qu'elle avait, disait-elle, au cou, et qui lui pesait sur les mains; souvent elle me priait de l'en débarrasser. Les organes des sens n'avaient pas toute leur intégrité. L'ouïe avait conservé sa finesse; la vue était confuse, et quoiqu'elle distinguât parfaitement la lumière, il lui semblait que

les objets placés devant elle étaient déformés et multiples ; l'odorat paraissait moins impressionnable, et le tact était très obtus, comme je l'ai dit.

» Cet état se prolongea jusqu'à une heure, *c'est-à-dire eut trois heures et demie de durée, à partir du moment de la chloroformisation.* Pendant ce temps, les projections d'eau froide sur la face avaient été inutilement essayées ; et à midi et demi seulement, la malade avait commencé à prendre par cuillerées, à dix minutes d'intervalle, la potion suivante :

Pr.	Eau de tilleul............	120 grammes.
	Sirop d'éther............	30 —
	Eau de fleur d'oranger....	10 —
	Ammoniaque............	12 gouttes.

» A une heure la sensibilité commença à revenir, à une heure un quart elle était complète. La malade, vers le soir, ne se plaignait que d'un peu de fatigue dans les yeux, de lassitude dans les bras, de fourmillements dans les mains. Le lendemain soir, toutes les fonctions étaient rentrées dans le calme.

» Le fait capital de cette observation est le retour si tardif de la sensibilité, puisque trois heures et demie après la chloroformisation l'anesthésie cessait à peine. »

Correspondance.

M. Chassaignac offre à la Société sa thèse de concours sur les *opérations applicables aux fractures compliquées.*

M. Maisonneuve avait déjà fait hommage de la sienne sur les *opérations applicables aux maladies de l'ovaire.*

M. le président, à cette occasion, invite ceux de MM. les membres qui ont pris part au même concours à vouloir bien donner aussi un exemplaire de leur thèse à la Société.

Il dépose ensuite sur le bureau les brochures qui lui ont été adressées par M. Cazenave (de Bordeaux), et dont voici les titres :

1° Du coryza chronique et de l'ozène non vénérien ;

2° Choix d'observations sur le coryza chronique, la punaisie ; sur quelques maladies des voies urinaires chez l'homme et sur la lithotritie ;

3° Fragments d'un traité complet des maladies des voies urinaires chez l'homme ;

4° Nouveau mode d'exploration de l'urètre ;

5° Des rétrécissements de l'urètre (thèse) ;

6° Des sondes et des bougies en gélatine indestructible de l'ivoire;

7° Etudes sur la fissure à l'anus ;

8° Du traitement local des vaginites chroniques à l'aide d'un nouveau procédé de cautérisation ;

9° Histoire d'une troisième amputation du col de l'utérus faite avec succès ;

10° De quelques infirmités de la main droite qui s'opposent à ce que les malades puissent écrire, et du moyen de remédier à ces infirmités.

Ces diverses brochures seront renvoyées à la commission chargée d'examiner le travail manuscrit du même auteur.

— Le ministre de l'instruction publique adresse à la Société une lettre-circulaire, qui a pour objet la recommandation de régulariser et d'assurer le service d'échange et de transmission des publications entre les Compagnies savantes.

Cette lettre, n'intéressant que les membres du bureau et ceux du comité de publication, est inutile à lire.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, H. L.

Séance du 13 *mars* 1850.

Présidence de M. Deguise père.

M. le président ouvre la séance en exprimant l'intention qu'il avait eue de prononcer quelques paroles sur la tombe du professeur Marjolin, membre honoraire de la Société de Chirurgie. M. Larrey, comme secrétaire, avait été invité aussi par plusieurs de ses collègues à l'honneur d'interpréter leurs douloureux sentiments. Mais la famille, dans une juste pensée

de reconnaissance et d'affection, en réservant à MM. Michon et Lenoir la tâche d'accompagner leur ancien maître à sa dernière demeure, avait désigné M. Monod pour adresser un souvenir et un adieu à celui qui avait été entouré de leurs soins depuis le commencement de sa longue maladie jusqu'à l'heure de sa mort.

Voici le discours de M. Monod :

Messieurs,

Qu'il me soit permis à titre d'élève de M. Marjolin, et de membre de la Société de Chirurgie de Paris, d'ajouter quelques mots aux éloquentes paroles que vous venez d'entendre.

On vous a montré l'homme éminent, le savant, le grand praticien, le professeur dont les précieuses leçons étaient recueillies par une foule avide d'un enseignement marqué au coin du savoir, de l'expérience et du bon sens. Quant à moi, c'est au bon Marjolin que je viens rendre hommage. J'éprouve le besoin de vous rappeler cette rare bonté, cette constante bienveillance, ne se bornant pas à la famille qui avait le bonheur de lui appartenir, mais s'étendant encore à tous ceux qui avaient le privilége de l'approcher. Il était impossible de connaître M. Marjolin sans l'aimer et sans se sentir attiré vers lui. Il était impossible de voir une si grande droiture, un jugement si sain, unis à tant de simplicité et d'amitié, sans éprouver pour M. Marjolin un sentiment de respectueuse affection. Ses conseils, ses encouragements n'ont fait défaut à aucun de ceux de ses nombreux élèves qui ont fait appel à ses lumières et à sa bonté. Jamais la haine, la jalousie ou l'envie ne trouvèrent accès dans ce cœur si simple et si bon, malgré les froissements et les déceptions inévitables dans cette vie terrestre.

A l'époque de la formation de la Société de Chirurgie de Paris, il approuva cette création et encouragea ses fondateurs; il accepta le titre de membre honoraire. Ses occupations le tenaient éloigné des séances de la Société ; mais il suivait toujours ses travaux avec intérêt et applaudissait à ses progrès : M. Marjolin avait même manifesté l'intention de lui communiquer quelques-uns des résultats importants de sa longue et riche expérience. La Société de Chirurgie saisit avec empressement cette douloureuse occasion d'honorer la mémoire de celui qui avait été le maître vénéré de tous ses mem-

bres, et qui avait bien voulu lui donner l'appui de son nom et de ses conseils.

Lorsque la maladie vint enrayer cette activité qui s'était trop longtemps prodiguée et obligea M. Marjolin à renoncer à cette carrière qui avait tant d'attrait pour lui, son caractère ne se démentit pas ; il se soumit sans amertume, et ceux d'entre nous qui ont eu le triste bonheur de s'approcher de ce lit où d'affreuses souffrances minaient peu à peu cette organisation privilégiée ont toujours été accueillis avec la même bienveillance. Dans un moment où si souvent le cœur se rétrécit et se replie sur lui-même, celui de M. Marjolin semblait s'ouvrir encore davantage à l'amour qu'il portait à sa famille, et ses fils en ont reçu l'un et l'autre des témoignages bien précieux qui les aideront à supporter la perte immense qu'ils viennent de faire. Il se jugea aussi bien que pas un de nous; et, conservant jusqu'à la fin son intelligence et son cœur, il marqua lui-même le moment où il serait délivré de ses douleurs et vit venir la mort sans terreur et sans angoisses, parce qu'il avait cherché et trouvé la paix où seule elle se trouve.

Messieurs, dans un moment un peu de terre va recevoir les restes mortels de M. Marjolin. Que nous restera-t-il ? Pour la Faculté de Médecine, pour l'Académie de Médecine, pour les hôpitaux, pour la Société de Chirurgie, pour ses élèves l'impérissable souvenir du célèbre professeur, du savant, du grand praticien ; mais, pour sa veuve, pour ses fils, pour sa famille, pour ses amis, mieux que ces souvenirs glorieux, le consolant spectacle de cette vie empreinte de tant de bonté et de bienveillance, se terminant par une si douce mort.

Correspondance.

M. Monod s'excuse de ne pouvoir assister à la séance, parce qu'il est retenu à une réunion du conseil des hôpitaux.

M. Vidal (de Cassis) est empêché aussi de venir par une indisposition.

— La Société médicale de Douai adresse un exemplaire de sa pétition à l'Assemblée législative sur l'impôt de la patente.

Amputation partielle de la main.

M. Huguier présente une femme âgée d'une cinquantaine d'années, entrée il y a trois mois à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Robert, pour un carcinome de la main droite. Le cancer, siégeant à la face dorsale et surtout au bord cubital de cette région, était en voie de progrès sérieux et réclamait une prompte extirpation. M. Robert s'était proposé d'amputer la totalité de la main; mais, devant donner tout son temps aux travaux du concours, il pria M. Huguier de vouloir bien se charger de cette malade.

M. Huguier, considérant que la maladie, limitée partiellement, ne s'étendait point à la face palmaire de la main ni à la portion de la face dorsale correspondant au pouce et à l'indicateur, résolut de conserver ces deux doigts en ménageant la peau de la paume de la main pour recouvrir la plaie de l'amputation partielle.

Divers essais sur le cadavre lui démontrèrent que ce lambeau palmaire serait insuffisant, après l'ablation des trois métacarpiens, si les deux premiers os de la deuxième rangée du carpe n'étaient enlevés aussi.

C'est ce que fit M. Huguier, qui montre aujourd'hui le résultat de cette opération en se réservant de la décrire avec l'observation complète.

Ce résultat offre en quelque sorte le moignon d'une main pourvue encore du pouce et de l'indicateur. La cicatrice définitive, en resserrant les tissus, ne permet encore à ces deux appendices qu'assez peu de motilité; mais plus tard sans doute, comme le pense M. Huguier, les deux doigts ainsi conservés pourront agir davantage et faire office de pinces.

M. Maisonneuve dit avoir eu l'occasion de pratiquer une opération analogue à celle de M. Huguier; et il fut obligé d'enlever non-seulement les trois derniers métacarpiens, mais bien les quatre; et, quoique toutes les parties molles de la paume de la main eussent été conservées, ce fut tout au plus

si ce lambeau énorme se trouva suffisant pour recouvrir la surface des os du poignet et le bord du premier métacarpien.

M. Maisonneuve n'est donc point étonné que M. Huguier n'ait pas obtenu un résultat plus avantageux.

Polype carcinomateux des fosses nasales.

M. Huguier présente un second malade, âgé de cinquante ans environ, d'une bonne constitution, affecté depuis plusieurs années d'un polype carcinomateux des fosses nasales. L'extraction de ce polype avait été déjà tentée à plusieurs reprises, et inutilement. La tumeur, au contraire, n'avait fait qu'augmenter; elle faisait déjà saillie à l'orifice externe de la narine droite, qui s'était déformée, aplatie par distension. Elle avait pénétré en outre jusque dans l'orbite, en déterminant un certain degré d'exophthalmie, lorsque M. Huguier eut à voir et à opérer le malade.

Une incision verticale, partant du grand angle de l'œil, aboutit à la lèvre, en longeant le côté droit du nez, qui fut disséqué et déjeté à gauche dans ce premier lambeau. Pareille dissection fut faite à droite, en mettant à nu l'os maxillaire supérieur. La base de son apophyse montante fut sciée avec la petite scie à crête de coq, et la partie antérieure du sinus fut mise à découvert à l'aide de la gouge et du maillet. La paroi osseuse externe des fosses nasales, ayant été ouverte ainsi, permit enfin de voir tout le polype et de le couper à sa base avec de grands ciseaux courbes : il était implanté par un large pédicule sur le cornet moyen.

Un cautère rougi à blanc fut appliqué sur la racine de ce pédicule; le lambeau des parties molles fut réuni par la suture entortillée. L'adhésion était faite dès le lendemain, et il ne survint pas d'accidents, si ce n'est, vers le huitième ou neuvième jour, un érysipèle qui disparut promptement.

M. Chassaignac demande si le polype envoyait un prolongement dans le sinus maxillaire.

M. Huguier répond qu'il n'y avait rien dans le sinus.

M. MICHON apprécie l'ablation de la paroi antérieure du sinus faite ici, et, à un point de vue plus général, les ablations un peu considérables de ce genre, comme donnant lieu à une sorte de régénération osseuse. Il croit qu'il en sera ainsi chez le malade opéré par M. Huguier, parce qu'on sent déjà sous le doigt une partie dure dans le point correspondant à l'apophyse montante, qui a été enlevée avec la plus grande portion du maxillaire.

M. Michon fait une autre remarque, c'est qu'après la cicatrisation le lambeau s'épaissit, et que la cicatrice devient prononcée à la lèvre comme l'encochure du bec-de-lièvre. C'est pourquoi il lui semblerait convenable d'éviter la ligne médiane de la lèvre dans l'incision, en dirigeant plutôt le bistouri sur la commissure.

M. GOSSELIN prie les membres de la Société d'examiner ce fait avec attention et d'en profiter au besoin; « car il nous offre, dit-il, l'application d'un progrès dans lequel est entré la chirurgie de notre époque. Ce progrès consiste à faire une résection osseuse pour arriver jusqu'à l'implantation des polypes. En faisant des recherches pour ma thèse de concours, je n'avais trouvé que des cas de résection de la totalité du maxillaire supérieur; et j'émettais, sans connaître le fait de M. Huguier, l'idée que l'on pourrait, dans bien des cas, avoir une ouverture suffisante par une résection beaucoup plus limitée que dans les faits de MM. Flaubert fils, Michaux et Robert, et qu'il serait important surtout de conserver les dents et la voûte palatine. J'attache donc de l'importance au fait actuel, parce qu'il réalise cet autre progrès qui consiste à n'enlever que le moins possible des portions osseuses. »

M. DEBOUT rappelle que les polypes enlevés par MM. Flaubert, Michaux et Robert, siégeant dans le pharynx, avaient motivé l'ablation de l'os maxillaire.

M. GOSSELIN n'insiste pas moins sur l'opinion qu'il a émise de n'enlever qu'une partie de cet os.

M. MAISONNEUVE appuie l'opinion de M. Gosselin, basée

sur les progrès de la chirurgie. On s'inquiétait autrefois de détacher ces tumeurs des cavités profondes, en les enlevant par des orifices étroits; on a reconnu aujourd'hui qu'il était préférable de leur frayer un passage libre. L'opération a été faite dans ces derniers temps par la bouche, et on pourrait, à l'exemple de M. Nélaton, pratiquer dans ce but une ouverture à la voûte du palais. Il est remarquable aussi comment, après avoir fendu la joue, on peut ouvrir une voie aussi large que si on enlevait l'os maxillaire. Dans tous les cas enfin de maladies du sinus, on peut enlever le mal isolément.

En conséquence et en principe, il faut conserver la voûte palatine et le plancher de l'orbite toutes les fois qu'il n'y a pas de tumeur cancéreuse nécessitant une ablation plus complète.

M. Maisonneuve ajoute qu'il a fait à ce sujet quelques expériences qui l'ont amené à cette conclusion.

Amputation du bras dans l'articulation scapulo-humérale.

M. Chassaignac présente trois hommes amputés de l'épaule d'après le procédé de Lisfranc.

Le résultat le plus satisfaisant a suivi chacune de ces trois amputations, et la cicatrice aussi solide que régulière fait voir que le procédé de Lisfranc est aussi avantageux que tout autre. C'est ce que M. Chassaignac a voulu démontrer en plaçant les opérés sous les yeux de ses collègues. « En effet, dit-il, ce procédé, que quelques chirurgiens ont considéré comme plus brillant sur le cadavre que favorable sur le vivant, offre cependant deux avantages essentiels. Le premier, c'est de faciliter l'écoulement des liquides après l'opération. Or chez l'un des malades présents, une infiltration du membre s'était étendue à tout le côté correspondant, et avait même atteint la région lombaire. Le second avantage de ce procédé, c'est que l'on peut réunir à peu près les lèvres de la plaie sans gêner la suppuration.

» De plus, ajoute M. Chassaignac, la conformation de la

cicatrice est aussi belle que par tout autre procédé, en même temps que l'adhésion d'une grande partie de la plaie s'est faite avec rapidité. »

Il convient cependant que chez l'un de ses amputés des trajets fistuleux ont compliqué les suites de l'opération, mais sans accident fâcheux.

M. Larrey ne prétend pas contester les avantages que M. Chassaignac attribue au procédé de Lisfranc, et il croit même, comme lui, que bien des chirurgiens en ont exagéré les inconvénients; « mais il me sera permis, je l'espère, dit M. Larrey, de revendiquer en faveur du procédé de mon père les mêmes avantages que notre honorable collègue semble accorder trop exclusivement au procédé de Lisfranc; car en prévenant les chances de l'hémorrhagie, il permet et facilite tout aussi bien l'écoulement des liquides, l'adhésion primitive ou secondaire des lèvres de la plaie, et une cicatrisation aussi prompte que régulière, sans exposer la cicatrice à des ulcérations et à des fistules. » Ce n'est pas d'ailleurs d'après quelques faits seulement, mais d'après plus d'une centaine d'observations que mon père a pu constater de semblables résultats.

J'ajouterai que son procédé, soumis pendant longtemps à la critique des chirurgiens, offre, selon moi, un avantage qui n'avait pas été indiqué d'abord par lui-même, c'est de permettre, à l'aide de l'incision acromiale, de découvrir la surface de l'articulation, de préciser l'étendue de la blessure ou de la maladie, et si ses limites sont bornées à l'humérus, d'en pratiquer seulement la résection sans sacrifier le membre.

M. Chassaignac reconnaît les avantages que présente en effet le procédé de Larrey, mais il n'a voulu que s'élever contre quelques préventions attachées au procédé de Lisfranc.

Moyen d'empêcher l'issue de l'urine par la plaie de la vessie après la taille hypogastrique.

M. Deguise père fait connaître un moyen imaginé ces jours-

ci par M. Heurteloup pour simplifier les résultats de la taille par le haut appareil, en empêchant l'urine de s'écouler par la plaie de l'hypogastre. Ce moyen consiste à introduire dans la vessie un petit ballon de caoutchouc ployé sur lui-même, et retenu entre les lèvres de la plaie par un pédicule creux formant un tube ; une insufflation faite par ce pédicule distend la poche, et celle-ci, en soulevant les parois de la vessie, tend à rapprocher les lèvres de la plaie, qui, ne s'affaissant plus dès lors, s'opposent ainsi au passage de l'urine.

Il faut dire cependant que ce procédé n'a pas été employé dans le cas récent auquel M. Heurteloup se proposait de l'appliquer.

M. Chassaignac pense que, si cette invention peut être jugée *à priori*, l'idée ne lui en paraît pas heureuse, parce que c'est un moyen d'irriter la face interne de la vessie.

M. Deguise fait observer que le pédicule de cette poche élastique la tient suspendue et à distance de la paroi interne de l'organe.

MM. Forget, Morel-Lavallée et Larrey rappellent que M. Garriel a généralisé l'usage de ce moyen en variant l'application des appareils en caoutchouc vulcanisé ; ainsi, pour le tamponnement de l'utérus dans les métrorrhagies, pour le tamponnement des fosses nasales dans les épistaxis, de petites poches semblables à celle dont il s'agit ont été utilement employées.

Ventouse en caoutchouc servant de forceps.

M. Luer, fabricant d'instruments de chirurgie, présente un appareil imaginé par M. Simson, d'Edimbourg, pour faciliter l'extraction de la tête de l'enfant lorsque l'application du forceps ne semble pas possible. L'appareil se compose d'une simple calotte en caoutchouc, communiquant par le fond avec une pompe aspirante. Cette espèce de coiffe est juxtaposée au pourtour de la tête de l'enfant ; on fait le vide, et la force d'adhésion de la calotte avec le cuir chevelu devient

telle qu'elle ne cède pas aux plus grands efforts de traction, comme le prouve la démonstration qu'en donne M. Luër sur des surfaces inertes.

M. Morel-Lavallée pense que cet instrument, au lieu d'agir sur l'enveloppe osseuse de la tête, peut n'avoir qu'une action partielle et bornée à l'enveloppe tégumentaire. De là des accidents à craindre, tels que le décollement du cuir chevelu, des infiltrations, des épanchements de sang à la surface du crâne, etc.

M. Giraldès croit que l'expérience seule peut prononcer sur la valeur d'un semblable moyen, dont il suppose, du reste, que l'application a été faite, au moins par son auteur.

M. Danyau est désigné pour examiner cet appareil et en faire l'objet d'un rapport verbal.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, H. L.

Séance du 20 *mars* 1850.

Présidence de M. Deguise père.

M. R. Marjolin exprime ses remercîments à la Société pour les témoignages de regrets qu'elle a donnés à la mort de son père.

M. Vidal demande que le discours prononcé par M. Monod sur la tombe du professeur Marjolin reçoive toute la publicité que peut lui offrir la Société de Chirurgie, et soit inséré à la fois dans les bulletins et dans les fascicules.

Cette proposition est adoptée.

Correspondance.

M. Letenneur (de Challans), membre correspondant de la Société, lui adresse un travail manuscrit comprenant trois observations, dont M. Deguise fils donne lecture.

Voici les titres de ces trois observations (l'une d'elles est accompagnée d'un dessin):

1° *Kyste muqueux du col de l'utérus. — Ligature. — Guérison.*

2° *Polype fibreux de l'utérus. — Ligature. — Guérison.*

3° *Polype du bulbe de l'urètre. — Ligature et excision. — Guérison.*

Ce travail est renvoyé au comité de publication.

Calcul salivaire de la glande sous-maxillaire.

M. FLEURY, chirurgien de la marine, lit une observation qu'il a recueillie aux Antilles. Il s'agit d'un calcul salivaire qui se serait développé dans l'épaisseur même de la glande sous-maxillaire et non dans le conduit de Warthon. Ce calcul, mis sous les yeux de la Société, a la forme et le volume d'une assez grosse noisette.

M. ROBERT demande à M. Fleury s'il est certain que le calcul ne se trouvait point dans le canal de Warthon, et insistant sur la probabilité de ce fait, à savoir : que les calculs se développent très fréquemment dans ce canal et très rarement dans la glande, il engage l'auteur de cette observation à la reproduire dans tous ses détails, afin qu'elle ne laisse subsister aucun doute à cet égard.

M. FLEURY répond qu'il s'est bien assuré du siége de ce calcul dans l'épaisseur de la glande elle-même et non dans le canal. Il a été le chercher fort loin, au delà de la dernière molaire.

M. MAISONNEUVE objecte que, si le calcul se fût développé dans la glande, il n'eût point fait de saillie.

M. FLEURY rappelle que le calcul n'était pas saillant.

M. CHASSAIGNAC croit que, s'il s'était trouvé dans le canal de Warthon, il aurait déterminé des accidents de rétention de salive par oblitération complète.

M. MAISONNEUVE saisit l'occasion que lui offre M. Fleury, pour présenter à la Société un petit calcul du canal de War-

thon, qu'il a extrait il y a huit jours chez une malade de son service à l'hôpital Cochin. Cette femme était depuis dix-huit mois environ affectée à intervalles variés, de huit jours à six semaines, d'accès de douleurs et de tuméfaction inflammatoire dans la région sublinguale et sous-maxillaire. La malade était en ce moment atteinte d'un ces accès. M. Maisonneuve reconnut les symptômes d'un calcul du canal de Warthon, et en fit l'extraction au moyen de pinces très fines introduites par l'orifice même du canal, préalablement dilaté par une petite incision avec la lancette.

M. Forget demande à M. Maisonneuve si chez sa malade il a constaté les signes de la rétention de salive.

M. Maisonneuve répond qu'il a reconnu dans ce cas tous les symptômes dont Boyer a donné une parfaite description.

M. le président nomme une commission composée de MM. Maisonneuve, Robert et Chassaignac, pour examiner l'observation qui vient d'être lue par M. Fleury.

Plaie pénétrante de l'abdomen, compliquée d'étranglement intestinal.

M. Chassaignac communique le fait suivant:

Un homme dans une rixe avait été frappé d'un coup de couteau dans le ventre. L'instrument tranchant avait pénétré dans la cavité abdominale, au-dessous de l'ombilic. La plaie transversale offrait à peu près trois travers de doigt d'étendue à la surface des parois du ventre, mais elle se rétrécissait sensiblement vers les parties profondes.

Le médecin appelé à donner les premiers soins au blessé réunit la plaie extérieure avec la suture entortillée; mais bientôt des accidents d'étranglement intestinal se déclarent: douleurs, hoquet, nausées, vomissements, simples d'abord, stercoraux ensuite. Ces accidents, plus ou moins prononcés, parviennent au huitième jour de la blessure. C'est alors, le 11 mars, que le blessé est conduit à l'hôpital Saint-Antoine, dans un état de faiblesse et d'épuisement extrême. L'interne de

service enlève la suture qui tient encore; il s'aperçoit qu'une petite anse d'intestin s'est engagée entre les lèvres de la plaie, et il essaie inutilement de la réduire.

M. Chassaignac est appelé; il constate cet étranglement, qui lui semble produit par un pincement partiel de l'intestin, tandis que celui-ci se trouve libre dans le reste de son étendue, à tel point que l'ouverture de la plaie permet au doigt de pénétrer facilement dans l'abdomen.

La réduction, tentée de nouveau avec précaution et sans débridement, réussit en ce sens qu'elle fait cesser les accidents d'étranglement; mais elle n'empêche pas le blessé de succomber quelques heures après.

A l'autopsie, on ne trouve aucune trace de péritonite, pas le moindre épanchement; mais on reconnaît sans peine le point de l'intestin qui avait été pincé entre les bords postérieurs de la plaie. Autre chose encore, c'est que, sur un point rapproché de celui-là, les membranes séreuse et musculaire seulement ont été entamées par l'instrument vulnérant qui n'avait pas divisé la membrane muqueuse.

M. Chassaignac regrette d'avoir réduit l'intestin sans l'avoir préalablement attiré au dehors, selon un principe établi, parce qu'il s'exposait à en déterminer la rupture, et à produire ainsi un épanchement dans le ventre.

Kyste graisseux de la région anale.

M. Larrey présente à la Société une pièce pathologique, dont il résume l'observation de la manière suivante :

« Un officier de cavalerie, dans la force de l'âge, d'une bonne santé, d'une forte constitution, est entré ces jours-ci au Gros-Caillou pour s'y faire débarrasser d'une tumeur dont le siége, la forme et le développement offrent quelque intérêt par des dispositions bizarres.

Cette tumeur, située dans la région anale postérieure, a eu pour origine, il y a une douzaine d'années, un simple bouton, dont la cause reste inappréciable. Une blennorrhagie

compliquée d'une cystite et des hémorrhoïdes fluantes sont les seules affections qui se rattachent aux antécédents de la tumeur, sans avoir eu la moindre influence sur sa nature et ses caractères. Très petite d'abord, cette tumeur avait une forme lenticulaire qu'elle a conservée pendant longtemps; elle a grossi peu à peu, et en devenant plus saillante, elle avait acquis en 1849 le volume et la forme d'une mamelle de moyenne grosseur, nettement arrondie à sa surface, largement étalée à sa base, assez souple, mobile à la pression, sans changement de coloration à la peau, et tout à fait indolore.

M. A... n'éprouvait même que fort peu de gêne par la saillie de cette tumeur, qui supportait comme les fesses la station assise; mais sa forme hémisphérique se modifia ensuite de telle sorte qu'elle devint oblongue, et présenta, au bout d'un certain temps, la configuration exacte d'un pénis à l'état de flaccidité, siégeant en arrière de l'anus sur la fesse gauche, près de la commissure, et dirigé parallèlement à elle. La portion libre de cet appendice offrait transversalement deux replis cutanés ou intersections circulaires, simulant vers l'extrémité un prépuce oblitéré, et vers le milieu le corps de la verge, tandis que la base élargie et continue à la peau représentait assez exactement un scrotum distendu près duquel les poils de l'anus s'étendaient un peu. Cette production accidentelle mesurait sept centimètres de longueur et cinq dans sa plus grande circonférence. Elle avait acquis probablement cette seconde forme si bizarre par l'exercice habituel du cheval et par la compression sur la selle.

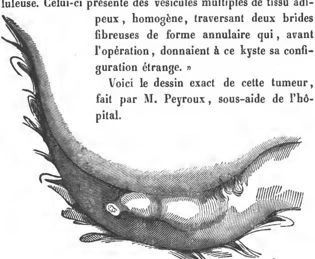
Développée d'ailleurs dans une région pourvue de tissu adipeux abondant, la tumeur nous offrait les caractères des loupes ou des kystes graisseux : consistance molle, souple, indolente, dépressible, élastique ; surface inégale par les renflements indiqués; apparence de fluctuation qui, faute d'une exploration exacte, aurait pu en imposer soit pour un kyste éreux, soit pour une tumeur sanguine variqueuse ou érec-

tile, soit même pour une tumeur herniaire. Inutile d'indiquer les signes négatifs de ces tumeurs par la palpation directe et par le toucher rectal. Notre diagnostic fut donc celui d'un kyste graisseux.

« Pour le confirmer cependant, dit M. Larrey, j'avais prié MM. Bégin et Gimelle de voir ce cas singulier, et, d'après leur avis, conforme au mien, je procédai devant eux à l'ablation de la tumeur. L'opération, assez simple, fut facilitée par l'emploi du chloroforme, que le malade, très nerveux d'ailleurs, désirait absolument. Une incision circulaire de la peau vers la base du kyste nous permit de l'énucléer en partie et de le détacher en totalité sans altérer sa forme. Le seul rapprochement des lèvres de la plaie par deux points de suture et un pansement simple aidé de la position suffiront sans doute, étant renouvelés, pour assurer la cicatrisation. Aucun accident n'est survenu.

» Quant à la tumeur, elle offre exactement les caractères anatomiques des kystes graisseux dont l'enveloppe est celluleuse. Celui-ci présente des vésicules multiples de tissu adipeux, homogène, traversant deux brides fibreuses de forme annulaire qui, avant l'opération, donnaient à ce kyste sa configuration étrange. »

Voici le dessin exact de cette tumeur, fait par M. Peyroux, sous-aide de l'hôpital.



Tumeur érectile veineuse de la région dorsale.

M. Maisonneuve communique l'observation suivante :

Une jeune fille, en pension, avait reçu, il y a quelques mois, un coup de bâton dans la région supérieure du dos ; une douleur vive d'abord, une large ecchymose ensuite avec gonflement, et enfin une tumeur, furent le résultat de cette violente contusion. M. Nonat, consulté pour cette jeune fille, l'adressa à M. Maisonneuve, qui reconnut l'existence d'une tumeur molle, indolente, irréductible et peu mobile, sans fluctuation et sans battements, offrant, en un mot, les caractères d'un lipome situé sous le trapèze. Tel fut, en effet, le diagnostic posé par M. Maisonneuve, qui se décida, en conséquence, à pratiquer l'extirpation de cette tumeur.

Une incision verticale semblait devoir suffire pour diviser les téguments et le muscle trapèze ; mais elle ne mit la tumeur à nu qu'après avoir coupé le grand complexus qui la recouvrait. On reconnut alors que cette tumeur, au lieu d'être graisseuse, était sanguine, composée de vaisseaux variqueux, et développée assez près de la colonne vertébrale pour faire craindre des connexions avec les plexus veineux de cette région.

M. Maisonneuve, en présence de ce cas difficile et inattendu, crut devoir achever l'opération qu'il avait commencée. Il ajouta une incision transversale à l'incision verticale, et la transforma ainsi en incision en T afin d'en écarter les lèvres et d'essayer l'énucléation. Mais cette tentative fut inutile ; il y eut nécessité de disséquer profondément la tumeur, de la sculpter pour ainsi dire, soit avec le bistouri, soit avec les ciseaux. Elle fut enlevée enfin complétement sans accident immédiat d'hémorrhagie, et la réunion par première intention fut faite à l'aide des serres-fines. M. Maisonneuve en eut regret ensuite, car, dès le lendemain, il fut obligé de détruire la réunion commencée pour donner issue à une assez grande quantité de sang épanché sous la peau. Le pansement com-

pressif simple fut substitué à la réunion immédiate, et le résultat actuel est aussi satisfaisant que possible.

La tumeur, examinée avec soin, offre les caractères anatomiques des tumeurs érectiles veineuses.

M. Maisonneuve ajoute que le signe essentiel de ces tumeurs, la réductibilité, n'a pu être constaté ici, en raison sans doute de la situation profonde de la tumeur et de la résistance opposée par la malade à une exploration attentive.

M. Demarquay a eu occasion, l'année dernière, d'observer une transformation érectile de la partie supérieure des muscles fléchisseurs superficiels et profonds de l'avant-bras; et il comparerait volontiers ce fait-là à celui qui vient d'être communiqué.

Instrument pour la céphalotripsie.

M. Morel-Lavallée présente un instrument imaginé par M. Luër pour pratiquer la céphalotripsie et l'extraction de la matière cérébrale à l'aide d'une pompe aspirante basée sur le tracteur à air.

M. Danyau est chargée d'examiner cet instrument et de faire connaître son appréciation à la Société.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, H. L.

Séance du 27 *mars* 1850.

Présidence de M. Deguise père.

M. Maisonneuve donne des nouvelles de la jeune fille à laquelle il a enlevé une tumeur érectile veineuse de la région dorsale. Les suites de l'opération n'ont pas offert d'accident, et la malade va très bien.

Correspondance.

M. Ricord exprime par une lettre le regret de ne pouvoir assister aux séances, parce que ses occupations les plus exi-

geantes l'en tiennent éloigné aux mêmes beures; mais, désirant toujours participer aux travaux de la Société, il demande à compter au nombre de ses membres honoraires.

M. LE PRÉSIDENT prononce son admission après avoir consulté la Société.

M. le secrétaire en donnera avis à M. Ricord en le priant, sur la proposition de l'un des membres, d'adresser quelques communications à la Société.

M. FLEURY, chirurgien de la marine, qui a lu dans la dernière séance une observation de calcul salivaire, demande par une lettre le titre de membre correspondant.

M. LE PRÉSIDENT renvoie cette demande à la commission chargée de faire un rapport sur l'observation de M. Fleury.

De l'opération du bec-de-lièvre pratiquée immédiatement après la naissance.

M. ROBERT rappelle qu'il y a quelques mois une discussion a eu lieu dans le sein de la Société de Chirurgie sur l'époque à laquelle il convient d'opérer le bec-de-lièvre. L'opinion soutenue par M. Paul Dubois sur l'opportunité de l'opération immédiatement après la naissance est une opinion que la plupart des chirurgiens ont adoptée. Or, M. Robert désire savoir de M. Danyau, qui a constaté par sa propre expérience l'utilité de ce précepte, s'il ne le croit pas susceptible de modifications.

Ainsi, lorsque la femme est primipare et qu'elle a les bouts de seins mal formés, si elle veut nourrir son enfant affecté de bec-de-lièvre elle n'y parvient pas sans difficultés pour lui, sans accidents pour elle-même. La succion est en effet alors pénible ou impossible, en même temps que les mamelles se gonflent, sont douloureuses et deviennent le siége d'une inflammation suppurative. Dans ce cas-là ne vaut-il pas mieux attendre que la fièvre puerpérale soit passée pour pratiquer l'opération un peu plus tard, d'autant que la turgescence des seins, en effaçant le mamelon de plus en

plus, augmente les difficultés de la succion ? C'est là ce que demande M. Robert, et il ajoute que, même chez une femme non primipare, il y a encore des accidents à craindre. On ne devrait, selon lui, dans les cas d'allaitement par la mère, opérer l'enfant du bec-de-lièvre que plusieurs semaines après sa naissance. On pourrait, au contraire, l'opérer immédiatement s'il devait être confié à une nourrice, parce qu'alors la succion, s'exerçant sur un bout de sein bien formé, n'aurait point d'inconvénient.

M. Robert appuie son objection sur un fait qui s'est récemment offert à lui.

Le 21 février, on lui amena un enfant, né la veille, pour l'opérer d'un bec-de-lièvre simple. L'opération, décidée pour le lendemain, fut faite ainsi trente-six heures après la naissance, sans aucune difficulté, et selon le précepte donné par M. Dubois, de renouveler les fils de la suture, qui fut laissée en place pendant quatre-vingt-seize heures. Mais le premier jour l'enfant n'a pu teter sa mère, dont les seins étaient devenus énormes par l'engorgement laiteux, à tel point que le mamelon, raccourci, s'était effacé. M. Robert, en recherchant une autre cause à ce défaut de succion, reconnut qu'elle dépendait de l'existence du filet, et regretta de ne l'avoir point coupé avant l'opération du bec-de-lièvre. C'est ce qu'il fit après, et dès lors l'enfant éprouva moins de peine à teter. Les difficultés subsistèrent bien encore pendant quatre jours, mais elles cessèrent à mesure que disparut le gonflement des seins. La fièvre de lait avait été très intense.

Voilà le fait pour lequel M. Robert demande à M. Danyau s'il n'aurait pas été préférable de différer l'opération.

M. Danyau répond que, dans des cas analogues à celui que vient de citer M. Robert, M. Dubois et lui n'ont pas renoncé à l'opération immédiate, et que, pour lui assurer ses avantages en préservant la mère de tout accident, ils ont suppléé à l'allaitement maternel par le choix d'une nourrice. On aurait

ainsi une nourrice provisoire pour l'enfant opéré, tandis que le sien tetterait la mère pour former ses mamelons.

M. Danyau ne s'étonne pas du reste des difficultés qui peuvent surgir en pareille circonstance, et malgré cela il soutient, d'après M. Dubois, que les avantages de l'opération immédiate subsistent toujours.

M. Chassaignac rappelle que, lors de la première discussion sur ce sujet, l'objection soulevée aujourd'hui par M. Robert fut déjà faite sans qu'il fût possible d'y répondre, faute d'observations suffisantes. Lui aussi s'est déclaré contraire aux idées de M. Dubois. Il avait vu à Nantes le muguet faire échouer la suture, notamment chez un enfant opéré par M. Lafont, le doyen des chirurgiens de cette ville.

M. Chassaignac accepte aujourd'hui les faits qui ont décidé la question alors en litige; mais il croit qu'une condition propice à l'opération immédiate, c'est que l'on peut se passer d'alimenter l'enfant pendant trois ou quatre jours, et même au delà.

MM. Danyau et Robert répondent par une dénégation à ce qu'avance M. Chassaignac à cet égard.

M. Robert ne veut pas rentrer dans la question générale. Il croit inutile de soumettre l'enfant à une abstinence prolongée, et il pense que l'on a sur le mécanisme de la succion des idées erronées. Les lèvres en effet agissent moins dans cette fonction que les gencives et la langue, et c'est pour cela encore qu'il demande s'il n'y a pas de contre-indications à opérer le bec-de-lièvre aussitôt après la naissance.

M. Robert n'est pas satisfait de la réponse de M. Danyau à son objection. Toutes les femmes ne pourraient avoir à leur disposition des nourrices provisoires pour les suppléer da s l'allaitement. Quels inconvients y aurait-il donc à opérer l'enfant quelques semaines après, tandis qu'il y en a de réels à l'opérer de suite?

M. Robert conclut, d'une part, que l'opération immédiate peut être faite si l'allaitement est confié à une nourrice; et,

d'autre part, qu'elle doit être différée si la mère veut nourrir son enfant.

M. Guersant a fait quinze ou vingt opérations du bec-de lièvre, depuis le principe établi d'y recourir aussitôt après la naissance, et il en a reconnu les avantages. En effet, l'enfant opéré ainsi n'a presque pas besoin de teter pendant les deux ou trois premiers jours qui suffisent à la réunion de la plaie, et lorsqu'il n'a pas de nourrice il n'a besoin que d'un peu d'eau sucrée au lieu de liquides plus nutritifs, tels que le gruau, le lait coupé, qui ont des inconvénients. M. Guersant désapprouve au contraire l'opération tardive, parce qu'elle expose les enfants à souffrir davantage, à crier, à teter mal ou à se dégoûter de prendre le sein. Quant à la mère, tous les accoucheurs savent qu'il faut préparer les bouts de seins, les former à la succion, et on y réussit mieux si on fait bien observer le régime, la diète même, qu'une accouchée supporte d'ailleurs facilement. On a enfin la ressource d'une nourrice, et on peut faire dégorger les seins de la mère en les faisant teter par de petits chiens.

M. Robert se félicite d'avoir soulevé cette discussion, puisqu'elle a fait appel à l'expérience de M. Guersant; mais il voudrait savoir de lui s'il a obtenu des résultats comparatifs propres à donner plus de valeur à son opinion.

M. Guersant répond que, sur sept ou huit opérations faites immédiatement après la naissance, il n'a eu qu'un seul insuccès; tandis que, pour le même nombre d'opérations faites environ un mois après, il n'a obtenu que deux succès.

M. Robert, attachant à l'opinion de M. Dubois toute l'importance qu'elle mérite, la trouve, sous certains rapports, contradictoire à celle de M. Guersant. Ainsi, pour M. Dubois, l'avantage de l'opération immédiate réside dans la possibilité de faire teter l'enfant sans retard, tandis que pour M. Guersant l'avantage semble dépendre de ce que l'enfant n'a pas besoin de teter aussitôt.

M. Robert ajoute qu'il a opéré dernièrement un enfant de

trois mois d'une tumeur érectile à la lèvre, sans que la succion du sein ait cessé de s'exercer. Ce fait ne suffit pas sans doute pour décider la question, mais il est bon à noter.

M. Guersant fait observer qu'il n'est pas en opposition avec M. Dubois, comme M. Robert vient de le dire; car si les enfants opérés par M. Dubois tetaient bien aussitôt, ils devaient teter mieux encore un peu plus tard.

M. Danyau s'élève d'abord fortement contre l'assertion émise par MM. Chassaignac et Guersant; à savoir : que l'enfant n'aurait pas besoin de teter pendant trois ou quatre jours et même plus. C'est là ce qu'on ne saurait admettre, parce que l'abstinence ne peut se prolonger sans préjudice au delà de vingt-quatre heures.

Quant à la demande formulée par M. Robert, tendant à établir quels inconvénients il y aurait à opérer le bec-de-lièvre un mois seulement après la naissance, M. Danyau n'est pas en mesure de répondre à cette demande par l'opposition des faits, parce qu'il a toujours opéré immédiatement; mais il persiste à croire que cette manière de faire est la plus avantageuse. Il comprend, du reste, les difficultés que M. Robert a signalées, comme il comprend les moyens d'y remédier.

M. Michon pense que la dissidence entre MM. Guersant et Dubois n'est qu'apparente ; mais il voudrait savoir si, dans le cas de bec-de-lièvre compliqué de division du voile du palais et de la voûte palatine, il faudrait opérer de suite ou différer l'opération. M. Michon doit opérer un enfant placé dans ces conditions-là, et il demande si c'est ou non un cas d'expectation.

M. Maisonneuve entrevoit plusieurs points dans cette question : l'opération du bec-de-lièvre, celle de la staphylorapbie, le traitement secondaire, etc.

M. Lenoir fait observer à M. Maisonneuve qu'il substitue une question à une autre.

M. Maisonneuve la reprend telle qu'elle a été posée. Considérant la staphyloraphie comme facile chez le nouveau-né,

s'il y a quelque raison de la faire, il la tenterait d'abord, pour aider le rapprochement de la voûte palatine, ainsi que l'opération du bec-de-lièvre.

M. Maisonneuve a deux fois agi de la sorte dans une circonstance analogue; et quoiqu'il n'ait pas réussi, il n'hésiterait pas à recommencer de même, car il attribue son insuccès à des causes particulières.

M. Danyau rappelle à M. Michon que M. Dubois avait réservé l'opération pour les cas les plus simples. Ayant rencontré cependant, il y a trois ans, à la Maternité, un cas de bec-de-lièvre compliqué de division du voile du palais et de la partie antérieure de la voûte palatine, M. Danyau proposa à M. Dubois de faire l'opération en deux temps, et c'est ce qui fut fait avec succès.

M. Danyau persiste à croire que dans ces cas-là, au lieu d'agir immédiatement, comme pour le bec-de-lièvre simple, il faut différer l'opération de plusieurs mois.

M. Lenoir a pratiqué diverses opérations de ce genre, cinq ou six entre autres, à l'hôpital Necker, et il déclare n'avoir réussi qu'une seule fois. Il a constamment éprouvé de grandes difficultés à adapter les bords de la plaie, par la raison que l'un des os maxillaires présente toujours un angle saillant qui s'oppose à une adhésion exacte, et que des déchirures surviennent au bout de quelques jours, parce que, à mesure que la lèvre se rapproche de la fosse nasale, la peau s'amincit et n'est plus susceptible d'adhérence. Voilà ce que M. Lenoir a observé. Il croit, contrairement à M. Danyau, qu'il faudrait opérer de très bonne heure les enfants atteints de cette difformité, parce qu'elle est d'autant moins prononcée que l'époque est plus rapprochée de la naissance; ainsi, la saillie osseuse et l'écartement de la fente palatine sont moindres alors qu'ils ne le sont plus tard.

En conséquence, M. Lenoir n'hésiterait plus à opérer immédiatement le bec-de-lièvre compliqué auquel on a donné le nom de *gueule de loup*, parce qu'il croit que le rapproche-

ment des parties molles tend à rapprocher plus facilement ensuite les parties dures.

Il a recherché, après ces insuccès, par quels moyens on pourrait les prévenir, et il a trouvé dans les auteurs l'indication de moyens mécaniques propres à diminuer l'écartement de la voûte palatine. Il croit se rappeler, par exemple, qu'un praticien de Genève avait fait faire dans ce but un appareil contentif assez ingénieux, et lui-même en a commandé à M. F. Martin un modèle qu'il a employé pendant quelque temps chez un jeune enfant; mais l'invasion du choléra l'a obligé à renvoyer de l'hôpital cet enfant, qu'il reverra plus tard. Il croit utile, enfin, de tenter d'abord le rapprochement des os.

Quant à l'indication d'opérer le bec-de-lièvre simple immédiatement après la naissance, M. Lenoir fait observer que la priorité de cette idée n'appartient pas à M. Paul Dubois, auquel on semble l'attribuer. C'est une idée fort ancienne que celle-là, et sans pouvoir citer différents noms qui s'y rapportent, il suffit de se rappeler que M. Bonfils (de Nancy), il y a une quinzaine d'années, a exposé le premier, d'une manière nette et précise, les raisons à faire valoir en faveur de l'opération immédiate.

Ce qui appartient en propre à M. Paul Dubois, ajoute M. Lenoir, c'est d'avoir dit le premier que les enfants peuvent teter aussitôt après la naissance. Cela seul revient à lui, et non le précepte de l'opération immédiate.

M. Demarquay a vu quelques opérations de bec-de-lièvre compliqué, et il a remarqué, notamment à l'Hôtel-Dieu, que Blandin échouait lorsqu'il n'employait pas l'appareil compresseur; mais M. Demarquay a constaté aussi que, si la compression était trop faible, elle devenait insuffisante; de même que, si elle était trop forte, elle déterminait la formation de plaques gangréneuses. Il a observé en ville deux exemples de ces fâcheux résultats.

M. Guersant, pour répondre à la question soulevée par

M. Michon sur l'opportunité de l'opération dans les cas de bec-de-lièvre compliqué, dit avoir opéré trois nouveau-nés en enlevant l'os intermaxillaire, mais il a échoué dans les trois cas; et cependant il serait encore disposé à les opérer.

Calcul vésical volumineux extrait par la taille latéralisée.

M. Lenoir présente un calcul volumineux qu'il a extrait de la vessie par la taille latéralisée. Voici dans quelles circonstances:

Le malade, âgé de soixante-huit ans, se trouvant dans de bonnes conditions, était entré à l'hôpital Necker, et s'était adressé d'abord à M. Civiale, qui essaya inutilement la lithotritie, à cause du volume et de la dureté du calcul. Cela étant, M. Civiale envoya le malade chez M. Lenoir, qui commença par apprécier les dimensions et les rapports de la pierre; l'ayant saisie, il trouva qu'elle présentait au lithotriteur de 21 à 22 lignes de diamètre, et comprit dès lors la possibilité de se borner à faire la taille latéralisée chez ce malade, qui avait en outre un engorgement assez considérable de la prostate.

Le lithotome fut ouvert à 15 lignes, et le calcul saisi avec des tenettes de M. Charrière, assez petites, à mors parallèles et donnant peu d'écartement. M. Lenoir éprouva d'abord assez de difficultés dans l'extraction, à cause du trop grand diamètre par lequel la pierre se présentait; il parvint cependant à la déplacer, à la saisir autrement et à l'extraire. Ce calcul est de 20 lignes dans son petit diamètre et de 27 dans le plus grand; il pèse 108 grammes, il a une forme mamelonnée, et quoiqu'il parût d'abord constitué par de l'oxalate de chaux, il est entièrement composé d'acide urique.

M. Lenoir s'étonnait d'avoir extrait un calcul aussi volumineux; et avant l'opération, il avait présenté au malade le vieillard auquel il avait enlevé quatre calculs. L'état de l'opéré est aujourd'hui satisfaisant. Il avait une prostate très grosse

qui a diminué de volume, à tel point que, par le rectum, on touchait la sonde.

M. Lenoir conclut de là que les incisions faites sur des prostates engorgées sont bonnes pour en favoriser le dégorgement.

M. Morel trouve ce résultat sans doute intéressant; mais il ne peut s'empêcher de croire que la présence d'un calcul dans la vessie ne soit une cause suffisante de l'engorgement prostatique, et qu'en conséquence l'extraction du calcul ne doive favoriser le dégorgement.

M. Lenoir reconnaît que c'est là une question délicate, à savoir si cet engorgement est cause ou effet.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, H. L.

Séance du 3 *avril* 1850.

Présidence de M. Deguise père.

Relâchement des symphyses du bassin. — Erreurs de diagnostic. — Consolidation.

M. Danyau fait un rapport sur un mémoire lu à la Société par M. F. Martin et intitulé : *De l'écartement des os du bassin et sur les avantages d'une ceinture métallique propre à consolider les articulations relâchées.*

Voici un extrait de ce rapport :

M. Martin s'est contenté dans son mémoire de démontrer par quatre faits intéressants deux points essentiels, à savoir :

1° La facilité des erreurs de diagnostic dans l'appréciation de l'écartement des os du bassin ;

2° La possibilité de guérir cette affection, une fois reconnue, par une ceinture métallique.

Les observations relatées prouvent que, d'après quelques signes trompeurs, la maladie a été prise pour un déplacement de l'utérus, qui n'en était cependant qu'un effet secon-

daire ou une complication, et comment d'après cette méprise la guérison ne s'est effectuée que par des moyens rationnels.

L'erreur, cependant, est, sinon excusable, du moins facile à concevoir : en effet, si le relâchement des symphyses du bassin est un phénomène assez commun, peut-être même général, pendant la grossesse, « ce relâchement, dit M. Danyau, porté au point de constituer un état morbide sérieux, est tout à fait exceptionnel et très rare. Cette rareté, comparée à l'excessive fréquence des déplacements de l'utérus à la suite de couches, peut, jusqu'à un certain point, expliquer les erreurs de diagnostic signalées par M. Martin.

» Sans doute, l'auteur n'a rien découvert de nouveau ; aucun signe diagnostique jusqu'ici oublié n'a été indiqué par lui, et, pour les praticiens inattentifs, l'écueil restera le même. Mais au moins les faits sont instructifs, et l'enseignement qu'ils portent en eux les rend dignes, à notre avis, de l'attention de la Société et de la publicité qu'elle jugera sans doute convenable de leur donner.

» Quelle que soit l'importance du diagnostic, celle du traitement est beaucoup plus grande encore. M. Martin y a donné tous ses soins, sans pourtant, sur ce point comme sur l'autre, rien imaginer de nouveau.

» Boyer recommandait la compression du bassin à l'aide d'une ceinture de cuir. M. Martin se sert d'une ceinture composée d'un cercle métallique complet qui embrasse la circonférence entière du bassin.

» Nous devons rendre à M. Martin cette justice que sa ceinture répond à toutes les indications et que nulle n'est plus propre à les remplir....

» Rapport exact, fixe, permanent des os, telle est donc l'indispensable condition du succès. La consolidation est à ce prix. Quatre fois, M. Martin a su l'obtenir complète, durable, définitive.... »

Les conclusions du rapport sont :

1° D'adresser des remercîments à l'auteur ;

2° De renvoyer son travail au comité de publication.

M. Huguier appuie les réflexions faites par M. le rapporteur, et il raconte qu'une femme a été adressée récemment dans son service comme atteinte d'une maladie utérine ou d'un déplacement qui donnait lieu à des accidents graves et à l'impossibilité de marcher. Il examina cette malade avec le plus grand soin à plusieurs reprises, et reconnut que l'on avait porté sur elle un diagnostic erroné. Les effets produits par la prétendue maladie de l'utérus étaient dus à un relâchement des symphyses du bassin.

C'est là une cause fréquente de méprise, d'autant plus que souvent alors il existe en même temps une déviation de l'utérus.

M. Marjolin demande si cette erreur de diagnostic est réellement aussi fréquente qu'elle paraît l'être. Il croit que l'époque à laquelle remonte l'apparition des accidents ou le temps écoulé depuis est une circonstance à prendre en considération, et il regrette que M. le rapporteur n'en ait point parlé.

M. Danyau répond que l'auteur du mémoire a tenu compte de cette circonstance chez les malades dont il a donné les observations. Il ajoute d'ailleurs que l'on a vu des exemples de relâchement des symphyses du bassin datant de huit ou dix ans et pouvant ainsi augmenter les difficultés du diagnostic.

M. Huguier dit à cette occasion que la malade dont il a parlé se trouvait dans le même état depuis plusieurs années.

M. Gosselin fait remarquer, d'après le rapport, que quatre malades sont citées dans le mémoire, tandis qu'une seule a été vue par la commission. Il propose de retarder la publication du mémoire de M. Martin jusqu'à ce que sa ceinture ait été appliquée et appréciée par d'autres. Il demande, en un mot, que, pour se prononcer définitivement sur la valeur de ce moyen, on attende de nouveaux faits authentiques.

M. Danyau répond que les cas de ce genre sont rares et

que la proposition de M. Gosselin, si elle était adoptée, entraînerait un retard indéfini, lorsque la guérison des quatre cas dont il s'agit est un fait avéré. Il répète que les femmes affectées de ce relâchement symphysaire souffrent beaucoup, et que, lorsqu'elles sont guéries par d'autres moyens, ce n'est qu'après un temps très long. Les succès obtenus par M. Martin méritent donc d'être pris en considération.

M. Gosselin, d'après ce raisonnement, retire sa proposition.

M. le président met aux voix les conclusions du rapport, qui sont adoptées.

M. Debout demande que le rapport de M. Danyau soit annexé au mémoire. — Appuyé.

Corps étranger (morceau de verre) dans l'épaisseur de la main.

M. Fleury, candidat au titre de membre correspondant de la Société, lit une observation, dont voici le sommaire :

« Corps étranger (morceau de verre de bouteille) ayant pénétré dans la paume de la main par l'effet d'une chute, le 4 décembre 1846 ; — séjour du corps étranger dans l'épaisseur des chairs pendant plusieurs mois ; — extraction le 11 août 1847 ; — difficulté de cette extraction par l'enclavement du corps étranger dans le troisième espace inter-métacarpien. (Sa longueur de 23 millimètres, sa largeur de 9 millimètres, son épaisseur de 7 millimètres à la base).

Amputation du bras dans l'articulation scapulo-humérale, d'après la méthode ovalaire modifiée.

M. Fleury, continuant sa lecture, soumet à l'appréciation de la Société une modification qu'il propose à l'amputation scapulo-humérale, d'après la méthode ovalaire.

Voici en quoi consiste ce procédé :

Premier temps. — Incision verticale partant du sommet de l'espace inter-acromio-coraco-claviculaire et descendant à quatre tra-

vers de doigt au-dessous de l'acromion. Cette incision intéresse les téguments, le muscle deltoïde, la capsule synoviale, et tombe entre les deux portions du biceps, sur la coulisse bi-crépitale.

Deuxième temps. — Incision circulaire de la peau et du tissu cellulaire, tombant sur l'angle inférieur de l'incision verticale.

Troisième temps. — Section en biseau des muscles jusqu'à l'os, depuis le bord postérieur de l'aisselle jusqu'à l'incision verticale. Il en résulte un lambeau triangulaire externe. L'articulation est mise à nu par ses côtés antérieur, externe et postérieur.

Quatrième temps. — Section des moyens d'union de l'articulation, le couteau étant porté à plein tranchant et perpendiculairement à la tête humérale. Incision de dedans en dehors au niveau de l'incision de la peau des partics axillaires, après toutefois que l'artère a été saisie et comprimée.

M. Fleury expose ensuite les avantages qu'il attribue à ce mode opératoire, modifié d'après le procédé de Larrey.

M. Larrey avait demandé la parole sur cette communication; mais, comme elle doit être l'objet d'un rapport, elle ne peut être soumise à une discussion immédiate, et elle est renvoyée à l'examen de la commission déjà nommée pour la candidature de M. Fleury.

Polype fibreux des fosses nasales, à prolongements multiples.

M. Giraldès présente une pièce pathologique dont il expose l'histoire à peu près de la manière suivante :

Un jeune homme de vingt-deux ans est entré dans son service le 5 mars, pour se faire opérer d'un polype des fosses nasales. Ce malade avait déjà été opéré en province, il y a un an, par la ligature et l'arrachement.

La tumeur, au moment où il fut admis à l'hôpital, offrait nn volume considérable; elle occupait toute la fosse nasale gauche, dont la cavité se trouvait agrandie par le refoulement en dehors et en dedans des parois osseuses. Le polype se portait surtout en avant : il avait dilaté les ailes du nez et la racine de cet organe; on le voyait à travers la narine, il se prolongeait également en arrière, et on reconnaissait très bien le prolongement postérieur, en portant le

doigt au fond de la bouche, où on trouvait, au-dessous du voile du palais, une tumeur arrondie facile à circonscrire à sa partie inférieure.

La dilatation considérable des fosses nasales, la tendance de la tumeur à se porter surtout en avant, ont fait croire à M. Giraldès que son pédicule pouvait s'insérer à la partie moyenne des fosses nasales, et qu'on pourrait l'enlever sans être obligé d'enlever partie ou totalité de l'os maxillaire supérieur. Pour mettre cette idée à exécution, il a fendu la narine dans toute sa hauteur. Il se disposait à enlever les os propres du nez et l'apophyse montante, si la première incisive ne lui avait pas donné assez de place pour exécuter l'opération. La tumeur, mise à découvert, a été attaquée d'avant en arrière à l'aide d'un bistouri boutonné et de ciseaux courbes. Sa partie supérieure fut divisée sans difficulté ; mais ce temps de l'opération a été suivi d'un écoulement de sang assez abondant pour nécessiter l'ablation rapide de la portion de la tumeur qui avait été divisée, et qui était adhérente à la paroi externe. Il fallut diviser ces adhérences.

« La moitié antérieure de la tumeur étant enlevée, dit M. Giraldès, et l'hémorrhagie un moment arrêtée, j'explore avec soin la fosse nasale ; je reconnais alors que la partie restante se détachait de la surface basilaire de l'occipital par un pédicule épais, et qu'en outre elle se confondait avec les parois externe et interne des fosses nasales. Il me fut démontré que l'enlèvement complet de cette masse ne pourrait se faire qu'à la condition d'enlever l'os maxillaire supérieur. Or comme mon opéré avait perdu beaucoup de sang, qu'il était très fatigué, et que d'ailleurs je n'avais pas sous la main les instruments nécessaires à l'ablation du maxillaire, j'ai pensé qu'il serait prudent d'attendre que l'opéré fût guéri de cette première tentative, et d'enlever plus tard la totalité de la tumeur après avoir enlevé l'os maxillaire.

» Le malade, porté dans son lit, succomba seize jours après à une gangrène du poumon et à une inflammation couenneuse des voies aériennes.

» L'autopsie, en nous permettant de suivre tous les développements du polype, a également démontré qu'une tumeur semblable ne pouvait être enlevée avec succès, à moins d'enlever préalablement la totalité ou une partie de l'os maxillaire supérieur.

» L'examen que nous avons fait de cette pièce nous permet de constater : 1° l'agrandissement de la fosse nasale ; 2° les prolongements que la tumeur envoie dans toutes les directions ; 3° des désordres que la pression a produits sur les parties dures de l'enceinte osseuse où elle était renfermée.

» On remarquera sur la pièce que la partie postérieure du polype occupe la partie postérieure des fosses nasales ; qu'elle se détache de la surface par un pédicule épais, et qu'elle se confond en dedans avec la cloison nasale. Les prolongements de cette tumeur se dirigent en plusieurs sens : un premier entre dans le sinus sphéroïdal, agrandit cette cavité, amincit, use ses parois, et les traverse du côté du crâne par des prolongements secondaires. Un second prolongement s'avance du côté du sinus maxillaire, refoule dans cette cavité la paroi osseuse nasale, et pénètre à la manière d'un doigt de gant dans la cavité du sinus. Un troisième prolongement se détache également de la partie externe, pénètre à travers le trou sphéno-palatin, agrandit beaucoup cette ouverture, et se développe du côté de la joue entre l'apophyse ptérygoïde et le cartilage de la trompe d'Eustache. En outre, l'enceinte osseuse des fosses nasales cédant en grande partie à la pression de la tumeur, était amincie et atrophiée dans plusieurs points, et l'os plénum de l'ethmoïde est en partie érodé. Il en est de même de l'apophyse horizontale de l'os palatin ; les tissus fibreux des fosses nasales semblent également suivre ce mouvement d'hypertrophie ; la partie fibreuse de la membrane qui double la cloison nasale, le cartilage de la trompe d'Eustache étaient enfin épaissis et augmentés de volume. »

M. Chassaignac demande si quelque signe indiquait, pendant la vie, le prolongement du polype dans la fosse zygomatique. Ce fait lui semble remarquable sous plus d'un rapport. Ainsi, le refoulement de la paroi interne du sinus maxillaire peut être appréciable chez un jeune sujet, mais non chez l'adulte. Premier point.

Autre point. Si on eût enlevé la plus grande partie du polype avec l'os maxillaire, on aurait réduit de beaucoup la tumeur, et favorisé son atrophie ou l'élimination suppurative des portions restantes. M. Chassaignac ne croit donc pas, comme M. Giraldès, à l'inévitable suite d'une récidive.

M. Giraldès regrette que M. Chassaignac n'ait pas examiné avec assez de soin la pièce anatomique, parce que les objections qu'il vient de faire ne lui semblent pas fondées sur une appréciation de l'état des parties, ne fût-ce que d'après l'épaississement de la dure-mère, annonçant une prolongation du polype dans le crâne.

On ne saurait donc admettre que des tissus hétérologues laissés au milieu des organes puissent disparaître ainsi; et il est très rationnel de croire, au contraire, que ce serait là sans doute le point de départ d'une récidive.

M. Robert partage l'opinion de M. Giraldès sur l'ablation de la mâchoire comme seul moyen de guérison; mais il doute, avec M. Chassaignac, du succès de cette opération.

Une circonstance l'intéresse particulièrement dans le cas dont il s'agit, c'est le prolongement du polype vers la fosse zygomatique, comme chez le malade opéré par lui, et dont la Société a eu connaissance. Il a vu encore récemment un cas analogue. Un jeune homme est entré dans son service pour un polype pharyngien compliqué d'une tumeur saillante au. côté gauche de la joue. Le malade hésite à se laisser opérer Ce sont là de ces tumeurs, ajoute M. Robert, dont il faut arracher tout ce qui ne peut être extirpé. Il partage donc, à cet égard, l'opinion et les craintes de M. Giraldès.

M. Chassaignac aurait voulu que M. Giraldès indiquât la nature de la tumeur, parce que, si surtout elle était fibreuse, elle eût été susceptible d'atrophie, malgré même son prolongement vers la dure-mère, tandis qu'il n'en eût pas été ainsi, bien certainement, si la tumeur eût été cancéreuse, et rien ne démontre qu'elle fût atteinte de cette dégénérescence.

M. Giraldès ne trouve pas l'opinion de M. Chassaignac démonstrative. Il voudrait la preuve ou un fait à l'appui de cette allégation.

M. Chassaignac, de son côté, n'admet pas qu'il soit nécessaire d'argumenter sous cette forme. Il a d'ailleurs par devers

lui des faits positifs pour étayer son opinion, et d'autres chirurgiens pourraient sans doute en citer également.

Ainsi, prenant pour exemple les tumeurs fibreuses de l'utérus, il trouve entre elles et ces polypes fibreux une analogie assez grande pour maintenir ce qu'il a avancé.

M. Giraldès prétend, au contraire, que deux cas de ce genre mis en regard l'un de l'autre, n'ont aucune similitude entre eux.

M. Morel-Lavallée communique à ce sujet un fait qu'il a observé à la Charité. M. Velpeau avait lié un polype fibreux des fosses nasales, du gonflement survint à la joue vingt-quatre heures après l'opération; et une tumeur, qui, jusque-là, était restée latente, s'est manifestée dès lors, et, trahissant pour ainsi dire sa présence, a démontré qu'un prolongement du polype s'étendait dans la fosse zygomatique.

M. Nélaton, rappelant d'abord une circonstance signalée par M. Chassaignac sur la dépression du sinus maxillaire due au développement de la tumeur, fait observer que ce cas n'est pas rare.

Un autre point à noter, dit-il, c'est que l'on peut admettre, avec M. Chassaignac, l'affaissement ou l'atrophie d'un reste de tumeur que l'on a enlevée en partie, avec l'attention de ne pas appliquer au pédicule l'idée d'un semblable résultat. Mais M. Nélaton n'admet pas l'analogie établie par M. Chassaignac entre les polypes fibreux des fosses nasales et les tumeurs fibreuses de l'utérus.

M. Huguier fait remarquer que ces polypes sont, ou bien pédiculés, se prolongeant quelquefois dans les cavités voisines, ou bien dépourvus d'adhérences. C'est en pareil cas, dit-il, que M. Chassaignac aurait raison, quant à l'atrophie de la portion restante. Mais, dans d'autres cas, des adhérences vasculaires conservent la nutrition à ce qui subsiste, et alors il n'y a point d'atrophie; la nutrition, au contraire, est entretenue.

Quant aux tumeurs fibreuses utérines, il en est qui tien-

nent à peine; et si celles-là sont enlevées en partie, le reste disparaît et la femme peut guérir. Si, au contraire, la tumeur a des adhérences intimes, toute section partielle n'empêchera pas le reste de vivre. Ce sont donc deux cas distincts, deux catégories différentes de tumeurs.

M. Chassaignac, lorsqu'il a remarqué le refoulement de la paroi du sinus maxillaire, n'avait pas encore vu ce fait.

Quant à la question d'atrophie ou de gangrène possible des parties restantes, il l'a soulevée en se fondant sur l'observation de certaines tumeurs non pédiculées. Il serait même porté, d'après cela, à proposer, comme méthode, de n'enlever quelquefois qu'une portion des tumeurs du même genre. Il croit enfin que si, dans le cas présenté par M. Giraldès, on eût enlevé tout ce qui était accessible à l'extirpation, on aurait pu espérer une guérison définitive.

M. Giraldès réplique par un seul mot, en disant que c'est là en quelque sorte un *desideratum* et non nne démonstration pathologique.

M. Forget fait observer qu'en dehors de toute opération faite sur l'utérus on possède des exemples assez nombreux de corps fibreux spontanément sortis de la cavité utérine; dans une revue clinique de chirurgie, publiée il y a quelques années dans la *Gazette des Hôpitaux*, on en trouvera plusieurs exemples. Il ajoute que pendant son internat il a vu, dans deux cas, la sortie spontanée, non pas de corps fibreux, mais de portions de polype resté adhérent à la cavité utérine. Un polype intra-utérin avait été lié par Lisfranc, toute la portion comprise au-dessous de la ligature se détacha avec celle-ci; le pédicule, gros et assez long, resta adhérent à l'utérus. M. Lisfranc se disposait à l'attaquer par une seconde opération, lorsque la portion restante se trouva un matin dans les linges qui garnissaient la malade.

Quant à l'expulsion de tumeurs fibreuses survenues à la suite d'une opération incomplète, elle peut s'expliquer, sans doute, par l'inflammation suppurative et éliminatrice qui sur-

vient autour du corps étranger ; mais ne peut-elle pas aussi trouver dans la structure musculaire de l'organe une disposition qui lui est favorable ?

M. Forget voudrait qu'en présence des faits qui ont été produits dans ces derniers temps, et qui sont relatifs à l'*opérabilité* des tumeurs fibreuses, la Société se préoccupât de ce sujet, et qu'en se prononçant sur la question d'opportunité, elle donnât aux praticiens qui lisent nos comptes-rendus, une règle, un guide à cet égard. Pour lui, il se demande si, dans certaines circonstances, tout l'art du chirurgien ne doit pas consister à savoir s'abstenir.

En définitive, M. Forget croit qu'il serait important d'examiner la méthode nouvelle proposée par M. Chassaignac pour l'ablation partielle des tumeurs fibreuses de l'utérus, méthode qui laisse à la nature le soin de se débarrasser du reste.

M. Maisonneuve fait observer que l'opération partielle proposée par M. Chassaignac, et considérée par M. Forget comme une méthode nouvelle pour l'ablation des tumeurs utérines, est une méthode jugée depuis longtemps comme fort mauvaise, et donnant des résultats déplorables, ainsi que l'ont reconnu par l'expérience MM. Récamier et Amussat. Lui aussi, comme M. Chassaignac, il a été séduit par cette idée, mais il a dû y renoncer. Il lui est arrivé, dans un cas de tumeur interstitielle qu'il a enlevée, de ne pas oser aller jusqu'au pédicule, qu'il a conservé. La malade a guéri, mais il n'y a pas eu d'élimination. Enfin, les cas de MM. Récamier et Amussat ont été constamment mortels, lorsque la portion restante de la tumeur s'est trouvée un peu considérable.

M. Huguier ajoute à ce que vient de dire M. Maisonneuve, que cette méthode d'extirpation partielle a été, en effet, expérimentée depuis longtemps. Il cite, par exemple, M. Robert, qui a eu à déplorer un cas de mort par le fait d'une ablation incomplète.

L'ablation partielle ne serait applicable, selon lui, qu'à de

petites tumeurs siégeant sur le col, et particulièrement sur la lèvre postérieure; et mieux vaudrait même établir comme règle de ne point entamer une tumeur utérine qui ne puisse être enlevée en totalité.

M. Huguier rapporte, en terminant, une observation qu'il complétera plus tard; elle est relative à une énorme tumeur fibreuse qu'il a tenté d'opérer pour céder aux instances de la malade et à la demande de l'un de ses confrères.

M. LE PRÉSIDENT ajourne la suite de la discussion, à cause de l'heure avancée.

La séance est levée après cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, H. L.

Séance du 10 *avril* 1850.

Présidence de M. Deguise père.

Cancer ramifié de l'os maxillaire supérieur.

M. Huguier, depuis la dernière séance, a extirpé une tumeur cancéreuse de l'os maxillaire supérieur, envoyant des prolongements digitiformes dans la fosse zygomatique, dans l'orbite, dans le canal nasal et dans le sac lacrymal. Aucun de ces prolongements n'avait contracté d'adhérences avec les parties molles environnantes, et tous furent enlevés avec la tumeur principale dont elles dépendaient. La cavité anfractueuse et irrégulière qui renfermait la tumeur et ses appendices était tapissée d'une membrane cellulo-fibreuse luisante et d'un blanc nacré.

Il est probable que, d'après cette disposition, les prolongements de la tumeur qui eussent pu être laissés n'eussent pas reproduit la maladie, et qu'ils se seraient atrophiés.

M. Huguier, pour cette opération, s'était servi de la pince de Liston et de la scie à chaîne.

Il avait fait examiner le malade par M. Robert.

M. Gosselin a eu l'occasion, il y a quelque temps, à pro-

pos de sa thèse sur le traitement chirurgical des polypes des fosses nasales et du pharynx, d'examiner la question de savoir ce que deviendraient des portions de polype laissées dans des cavités sur la paroi desquelles elles n'auraient aucune adhérence.

Ne trouvant aucune solution, ne trouvant même pas la question posée dans les traités dogmatiques, il a consulté avec grand soin toutes les observations qu'il a pu recueillir; mais dans aucune d'elles cette circonstance n'est mentionnée.

La discussion soulevée par la Société est donc neuve et importante, en ce sens qu'il n'existe en ce moment dans la science aucun document pour la résoudre, et que de nouveaux faits sont nécessaires.

M. Chassaignac se propose de lire à la Société une observation d'élimination spontanée d'un corps fibreux interstitiel de l'utérus. Il se borne à dire que deux circonstances lui ont paru surtout dignes d'être mentionnées dans cette observation. Ce corps fibreux avait le volume du poing, et il était complétement interstitiel. A la suite de contractions utérines excessivement violentes et douloureuses, la couche de tissu utérin qui recouvrait la tumeur du côté de la cavité utérine s'est ulcérée, et après cette dénudation du tissu de la tumeur, un travail d'élimination a commencé. Ce furent d'abord des parcelles du volume d'une noisette, puis, au bout de quelques jours, un fragment d'un volume double de celui du pouce; enfin, un peu plus tard, il y eut élimination d'un corps égal en volume aux deux tiers du poing. Pendant toute la durée de ce travail éliminatoire, le col est resté constamment souple, mince, et l'orifice très béant, comme dans les cas signalés par MM. Récamier et Amussat. D'un autre côté, tant qu'a duré ce travail, une douche vaginale a été donnée cinq fois par jour. Chacune de ces injections se composait du contenu triplé d'un irrigateur de la plus grande dimension.

Ces deux circonstances ont paru importantes à M. Chassaignac, et il croit que dans les cas d'ablation incomplète de

corps interstitiels il serait permis d'attendre de plns heureux résultats que par le passé ; mais à cette double condition :

1° Que l'orifice restât largement béant;

2° Que des irrigations abondantes fussent fréquemment répétées.

Correspondance.

M. Vidal demande, pour raison de santé, un congé d'un mois qui lui est accordé.

M. le président invite M. le secrétaire à écrire à M. Denonvilliers que son congé est expiré, en le priant de vouloir bien assister aux séances de la Société s'il n'a pas de motif à faire valoir pour prolonger son absence.

— La Société reçoit le *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques* pour le mois d'avril.

M. Loir, inscrit pour une lecture, cède son tour à M. Michon pour la présentation d'un malade pressé de quitter Paris.

Exostose éburnée du sinus maxillaire.

M. Michon a fait venir le jeune homme qu'il avait opéré vers la fin de l'année dernière d'une tumeur osseuse considérable de l'os maxillaire supérieur, et qu'il avait présenté à la Société. La guérison est effectuée depuis longtemps, mais c'est à dessein que M. Michon a attendu jusqu'à ce jour pour en montrer les résultats définitifs. Le malade s'est fortifié, en effet ; il était, du reste, dans des conditions propres à faire espérer le succès de l'opération si longue, si difficile, si compliquée qu'elle fût par elle-même. Tout, dans les antécédents de la maladie locale, en démontrait la nature bénigne; une cause exclusivement mécanique en avait été le point de départ ; de même que des effets mécaniques en avaient été la conséquence, effets très appréciables par la gêne des fonctions plus ou moins en rapport avec le siége et le développement de la tumeur.

M. Michon rappelle qu'à Lyon, où le malade s'était pré-

senté d'abord, MM. Bonnet, Pétrequin et Bouchacourt avaient été d'accord pour conseiller de ne rien faire ; et lui-même, après avoir hésité aussi à tenter une opération, en avait cependant conçu, arrêté et exécuté le plan, d'après des indications qu'il avait exposées dans ses leçons cliniques. Il rappelle enfin que MM. Laugier, Denonvilliers et Gosselin y ont assisté.

M. Michon en lit ensuite l'observation longuement rédigée par l'un de ses internes, en indiquant tout d'abord que la longueur présumée de cette opération et les accidents à craindre de la chute du sang dans l'arrière-bouche par le fait de la position lui avaient fait rejeter l'emploi des anesthésiques.

L'observation relate successivement le procédé opératoire tel qu'il a été suivi dans ses détails et ses modifications pour diviser les parties molles, disséquer le lambeau, lier les vaisseaux divisés, scier, fendre, ébranler, et extraire l'os maxillaire supérieur; les difficultés extrêmes et les efforts nécessaires pour exécuter cette manœuvre, tant avec diverses scies et de fortes pinces, qu'avec la gouge et le maillet; l'extraction de la tumeur osseuse de la cavité du sinus maxillaire, substituée instantanément à l'ablation de l'os maxillaire lui-même; la lutte qui dura plus d'une heure entre le chirurgien et cette tumeur; le courage admirable du malade pendant cette longue souffrance; le résultat immédiat de l'opération, à savoir : la vaste excavation du sinus distendu par la tumeur qui s'y était développée et le retrait de l'œil dans l'orbite, d'où il avait été presque expulsé ; le rapprochement et la suture des lèvres de la plaie, pansé simplement avec une compresse imbibée d'eau froide ; quelques accidents d'hémorrhagie sans conséquence ; des phénomènes de réaction générale et d'inflammation locale assez prononcée; l'avulsion des sutures ; les prescriptions indiquées; le travail de cicatrisation graduel; quelques détails sur l'exercice des organes des sens et des facultés en rapport avec le foyer de la maladie ou les résultats

de l'opération ; la suppuration consécutive et l'issue secondaire de quelques parcelles osseuses ; la régularisation progressive des traits de la face, et le rétablissement définitif des forces du malade ; son état actuel, aussi satisfaisant que possible, et méconnaissable pour qui l'avait vu précédemment ; la cicatrice linéaire et parfaite, sauf une légère tuméfaction du lambeau ; enfin une description exacte et minutieuse de l'état des parties, et spécialement des yeux et des voies lacrymales, du nez et des fosses nasales, de la cavité buccale et des lèvres, ainsi que des fonctions de la vue, de l'olfaction, du goût, de la déglutition et de la phonation : telles sont en aperçu toutes les circonstances de l'observation, qu'il serait impossible de résumer autrement dans l'espace réservé à notre procès-verbal.

M. Michon donne ensuite une description fort exacte et non moins détaillée de la tumeur osseuse que chacun des membres de la Société examine attentivement.

Cette tumeur, pesant 220 grammes, a $0^{m},195$ de circonférence, $0^{m},205$ dans sa plus grande hauteur; elle est irrégulièrement arrondie, mamelonnée à sa surface, et par une coupe en deux parties offrant dans sa texture la plus parfaite similitude avec l'aspect de l'ivoire comme tissu, consistance, surface et coloration.

M. Michon ajoute à cette longue observation quelques remarques d'abord sur le temps employé à l'opération qui a duré plus d'une heure, en raison du siége, du volume, de la forme, de la dureté, des connexions de la tumeur, en raison aussi des parties ou des organes qu'il importait de ménager.

Il explique ensuite, en citant d'autres faits, pourquoi il n'a pas eu recours à l'éthérisation, et pourquoi, bien loin de la proscrire, il n'en admet point l'emploi dans certains cas, tels que celui-ci. Parce qu'il n'admet point que l'on puisse éthériser impunément un homme pendant une heure.

Il signale enfin le travail merveilleux de rétraction et d'é-

paississement des tissus pour constituer la cicatrisation et a réparation des parties entamées ou détruites.

« Telle qu'elle est, dit M. Michon en terminant, cette observation m'a paru digne de votre intérêt. Je vous en devais d'ailleurs la communication à titre de remercîment, pour les bons avis que j'avais reçus de la Société. »

M. Nélaton voudrait connaître d'une manière exacte ce qui adviendra de l'état des dents antérieures qui sont vacillantes. C'est, selon lui, une circonstance à noter dans l'appréciation du procédé; car l'opération est nouvelle et ne compte encore que trois cas.

M. Michon reconnaît que non-seulement les dents sont vacillantes, mais un peu déjetées en avant. Toute cette partie lui semble jouer le rôle d'un obturateur vivant. Quant à la mastication, l'opéré mâche de la mie de pain.

M. Chassaignac demande à M. Michon ce qu'il pense de la saillie ou du gonflement siégant sur la face dorsale du nez.

M. Michon répond que, le malade ayant eu deux érysipèles, cette saillie est d'autant plus prononcée par le gonflement des parties molles et par le soulèvement des parties dures.

M. Nélaton veut dire un mot seulement sur la structure de cette tumeur. Son tissu entièrement éburné constitue le caractère des exostoses du sinus maxillaire. Il a donné au Musée du Val-de-Grâce une tumeur de ce genre qu'il avait recueillie à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Roux.

M. Morel-Lavallée se demande quel peut être le mode de nutrition d'une semblable tumeur, qui semble constituée par des couches concentriques sécrétées par le périoste qui enveloppe cette tumeur. Il propose de la polir par une coupe, car il est porté à croire qu'elle est formée par des dépôts successifs et superposés comme ceux d'un calcul.

M. Michon déclare que c'est là son opinion.

M. Larrey, sans vouloir prolonger cette discussion, exprime

de la manière suivante une idée qui lui semblait vraie, et digne peut-être de fixer l'attention de la Société :

« J'ai été frappé depuis longtemps, dit-il, de l'analogie de certains résultats entre les opérations réglées faites sur les os maxillaires, telles que les résections et les lésions traumatiques de la face, telles que les mutilations produites par les armes à feu. Dans l'un et l'autre cas, en effet, les pertes de substance les plus profondes ou les plus étendues, chez les opérés comme chez les blessés, tendent à se réparer, sinon à se régénérer par un travail naturel de cicatrisation et de consolidation concentrique, qui réunit, rapproche ou répare les tissus divisés, écartés, détruits, et ce travail n'est pas moins remarquable dans les parties dures que dans les parties molles. Les os de la face, sciés, brisés ou perforés, selon les dispositions de forme et de surface qu'ils présentent entre eux, tendent ainsi à s'adapter, à s'assimiler aux portions restantes, en même temps qu'ils en diminuent l'écartement ou en comblent le vide. Les ablations partielles, soit artificielles, soit accidentelles, des os maxillaires en offrent des exemples, dont il serait intéressant de comparer les résultats.

» Mon père, ajoute M. Larrey, en a fait l'observation chez des soldats invalides mutilés à la face, et, à part des cas analogues que j'ai pu voir moi-même, soit au siége d'Anvers par l'effet de gros projectiles, éclats de bombe ou d'obus, soit ailleurs par l'action des balles, c'est surtout à la suite de tentatives de suicide par des coups de feu que ces résultats pourraient être signalés.

» Il y a maintenant au Gros-Caillou un cas remarquable de ce genre : un soldat, en voulant se brûler la cervelle d'un coup de fusil, s'est fait à la face une mutilation profonde avec fracture comminutive des os maxillaires inférieur et supérieur du côté droit, perforation de la voûte palatine, destruction du plancher de l'orbite et du sinus maxillaire, broiement des os propres et des cornets du nez; déchirure de la joue, de la lèvre, de la langue et du voile du palais. La gra-

vité d'un tel désordre, la nécessité d'extraire un grand nombre d'esquilles, de réséquer même une portion des os maxillaires, de pratiquer l'avivement et la suture des parties molles, les accidents symptomatiques de la blessure, l'élimination des eschares et la période de suppuration, tout pouvait faire craindre l'issue funeste d'une telle mutilation, et cependant il n'en a pas été ainsi. La plaie, qui au premier abord aurait admis la pénétration du poing, ne permet plus que l'introduction du doigt; les portions d'os qui sont restées en place tendent à se rapprocher de plus en plus les unes des autres; quelques-unes même, très mobiles d'abord, se sont soudées entre elles, et l'ouverture rétrécie des parties molles, formée aux dépens de la joue, de la lèvre et du nez, pourra être fermée à l'aide de l'autoplastie. Les fonctions affaiblies ou abolies par les premiers effets de la blessure, l'odorat, le goût, la déglutition et la parole, se sont rétablies de plus en plus; et enfin chez notre blessé, comme chez l'opéré de M. Michon, la vue a subi quelques modifications dues à des causes toutes mécaniques.

» Je crois donc, dit M. Larrey en terminant, qu'il serait intéressant de rechercher des résultats comparatifs du même genre, et d'étudier la question que je viens de soulever au sujet de l'observation de notre honorable collègue. »

M. Marjolin demande que la communication écrite de M. Michon soit renvoyée au comité de publication avec un dessin qui serait annexé à ce travail.

Cette proposition est adoptée.

Affections cancéreuses et cancroïdes de la peau.

M. Lebert lit le résumé d'un travail sur les affections cancéreuses et cancroïdes de la peau. Ce travail est basé sur l'analyse de 101 observations, dont 20 se rapportent au vrai cancer, tandis que 81 autres ont pour sujet toutes les formes de tumeurs cutanées confondues avec le cancer et toutes les

variétés d'aspect et de marche que leur impriment les diverses régions du corps sur lesquelles elles ont leur siége.

La description du véritable cancer cutané fait la première partie de ce travail. L'auteur montre que cette maladie offre dans la peau les mêmes caractères que partout ailleurs, savoir : substitution d'un tissu nouveau à ceux de l'état normal de la partie du corps où il a son siége. Ce tissu hétéromorphe y montre les mêmes cellules cancéreuses caractéristiques que l'on rencontre dans le cancer des autres organes. Le mal local détruit non-seulement de proche en proche les parties voisines, mais il infecte l'économie tout entière par une généralisation multiple et dans beaucoup de points éloignés du siége primitif du dépôt carcinomateux.

Nous omettons ici les détails nombreux et très précis qui forment, comme statistique raisonnée, une des bases de ce travail, dout nous ne pouvons donner ici que le court extrait du résumé.

Après avoir ainsi passé en revue les principaux caractères du cancer, l'auteur arrive à la détermination de ceux du cancroïde, et ici il cherche à faire justice avec impartialité des analogies à la fois et des différences qui existent entre le cancer et le cancroïde cutané.

Le cancroïde est, et l'auteur insiste beaucoup là-dessus, une maladie d'un ou de plusieurs tissus ou éléments normaux du corps humain, une production essentiellement homœomorphe et non une substitution d'un produit nouveau. Le cancroïde a tantôt son siége dans la couche épidermique superficielle, tantôt dans la couche papillaire, tantôt il est à la fois dermo-épidermique. Les cellules d'épiderme et ce que l'auteur désigne sous le nom de globes concentriques d'épiderme constituent l'élément constant de sa composition microscopique. Ce mal, tout en pouvant rester longtemps à l'état d'innocuité parfaite, tout en pouvant par un traitement convenable être souvent guéri radicalement, a cependant une tendance prononcée à l'ulcération et à l'extension diffuse en

largeur et en profondeur autour du siége primitif. Cette extension en largeur fait que le mal existe souvent à l'état naissant autour d'une tumeur enlevée par l'opération et que la récidive, fréquente en raison de la diffusion, est plutôt une continuation de l'affection première qu'une reproduction. En s'étendant en profondeur, le mal peut atteindre les muscles et les os; de plus, la matière épidermique atteint dans le cancroïde de la lèvre inférieure et dans celui de la verge, les deux plus mauvaises localisations, les glandes lymphatiques voisines, mais jamais cette infection irradiante ne dépasse cette zone anatomique de parties molles et dures et de ganglions lymphatiques qui sont en rapport direct avec la partie malade ; ainsi, *analogie avec le cancer* dans la tendance à l'ulcération, à l'extension locale, aux récidives sur place, à l'infection des glandes lymphatiques voisines; *différence avec le cancer* par la structure anatomique et la composition microscopique essentiellement différentes, par l'absence de toute récidive éloignée du siége primitif, par l'absence enfin de toute infection générale de l'économie.

Après avoir analysé dans cette seconde partie les 81 observations de cancroïde cutané sous leurs points de vue anatomiques, pathologiques et thérapeutiques, l'auteur passe à l'analyse de ses observations sur chacune des régions affectées de cancroïde, savoir : celui de la lèvre inférieure, de la face, la lèvre exceptée, la verge, le scrotum, la région vulvo-anale, le tronc et les membres, et il entre dans des détails théoriques et pratiques sur la structure, les symptômes, la marche, les circonstances concomitantes (causes des auteurs) et la thérapeutique, surtout chirurgicale, du cancroïde de chacune de ces régions.

En général, M. Lebert s'est proposé de démontrer dans ce travail que, toute recherche anatomo-pathologique devant avoir pour but de servir à l'étude clinique et à la pratique, l'analyse de nombreux faits de cancroïde donne à celui-ci un plus bel avenir chirurgical qu'il ne l'aurait si on continuait à

assimiler cette affection avec le cancer. Toutefois, l'auteur insiste le premier sur les difficultés de la réussite dans ces cas et sur la nécessité de ne pas envisager le cancroïde comme une affection essentiellement bénigne, quoique d'un pronostic moins fâcheux que le vrai cancer.

M. le président invite M. Lebert, qui désire être admis comme membre de la Société de Chirurgie, à en faire la demande écrite. Il nomme ensuite une commission composée de MM. Monod, Marjolin et Michon pour examiner son travail et en faire un rapport à la Société.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, H. L.

Séance du 17 *avril* 1850.

Présidence de M. Deguise père.

Exostose du sinus maxillaire.

M. Giraldès a examiné au microscope un fragment de la tumeur enlevée du sinus maxillaire par M. Michon. Cette tumeur est complétement osseuse ; on y trouve les canaux et les corpuscules ou cellules qui sont observés dans le tissu osseux normal.

Le tissu de cette tumeur, examinée comparativement avec celui d'une tumeur fibreuse ossifiée, présente une différence marquée. Celle-ci, en effet, n'offre aucun des éléments microscopiques qu'on remarque dans le tissu osseux normal. La différence est donc bien certaine entre ces sortes de tumeurs osseuses et les tumeurs fibreuses de l'utérus.

Correspondance.

M. Loir s'excuse de ne pouvoir assister à la séance pour la lecture qu'il se proposait de faire.

— M. Jules Macquet, interne et lauréat des hôpitaux, adresse à la Société une thèse pour le doctorat, intitulée ;

Recherches cliniques sur l'inflammation des membranes séreuses et synoviales.

M. Gosselin est chargé d'en faire un rapport verbal.

— La Société reçoit la *Revue du progrès de l'Algérie* (nos 1 et 2), et M. le président désigne M. Larrey pour rendre compte de cette publication.

Tumeur dégénérée du cou. Application du microscope au diagnostic chirurgical.

M. Marjolin, à l'occasion du mémoire lu dans la dernière séance par M. Lebert, présente un malade chez lequel une tumeur volumineuse du cou a été l'objet d'un examen partiel au microscope. Cette tumeur a commencé par un petit engorgement de la région sous-maxillaire, et est parvenue à un développement considérable. Sa nature paraissait douteuse; mais des portions détachées de son tissu ayant été observées au microscope, ont offert les caractères d'une dégénérescence cancéreuse. Le malade, d'après cela, ne semble pas devoir être soumis à une opération, mais seulement à une médication antiscrofuleuse.

M. Marjolin conclut de ce fait à l'utilité de l'emploi du microscope comme moyen de diagnostic et comme indication pour le traitement.

Il cite, à l'appui de son opinion, un fait qu'il a vu à Berlin chez un malade de Dieffenbach. Ce malade avait au pénis une tumeur vénérienne selon les uns, cancéreuse selon les autres. De là des difficultés, des incertitudes sur le parti qu'il fallait prendre. Dieffenbach se décida cependant à amputer la verge, et les personnes qui ne considéraient pas le mal comme étant de nature cancéreuse, mais bien syphilitique, auraient reconnu, en pareil cas, la portée utile du microscope.

M. Larrey, en examinant le malade présenté par M. Marjolin, aurait voulu connaître avec exactitude ses antécédents, afin de mieux apprécier le siége primitif, les causes et les

caractères de la tumeur, à part les données précises qu'a pu fournir le microscope. La région même dans laquelle existe cette tumeur, son point d'origine, son développement considérable, et l'état de dégénérescence auquel elle est parvenue, sans toutefois que la santé du malade semble en avoir souffert, toutes ces raisons, et d'autres que M. Larrey a longuement exposées ailleurs (1), le portent à croire que la tumeur dont il s'agit a pris naissance dans un ganglion lymphatique de la région sous-maxillaire, et a subi la transformation ou la dégénérescence révélée par l'examen microscopique.

Resterait à décider la question du traitement et l'opportunité de l'extirpation ; mais avant cela, M. Larrey insiste pour que M. Marjolin fasse connaître les renseignements nécessaires à son observation.

M. Marjolin en reconnaît l'utilité, et il s'empressera de communiquer cette observation complète dans l'une des prochaines séances.

M. Huguier considère l'idée du microscope appliquée à la chirurgie comme tendant à se généraliser de plus en plus. Il en a obtenu, pour sa part, des résultats avantageux, particulièrement dans les recherches qu'il a faites sur l'esthiomène de la vulve (2), et il appuie toute proposition tendant à démontrer l'importance des travaux de ce genre.

M. Giraldès, parlant dans le même sens, insiste sur l'utilité des études de micrographie; il dit que M. Kuss (de Strasbourg) a imaginé une aiguille cannelée pour enlever les parcelles de tissus morbides que l'on veut soumettre à l'analyse avant de fixer le traitement à suivre.

M. Huguier ajoute à cette citation un fait qui lui est propre.

---

(1) Mémoire sur l'*adénite*, ou l'*adénopathie cervicale*, etc., lu à l'Académie de Médecine en mai 1849.

(2) Mémoire sur l'*esthiomène*, ou *dartre rongeante de la région vulvo-anale*, extrait du tome XIV des *Mémoires de l'Académie de Médecine*.

Une dame le consulte pour une tumeur intra-utérine; il l'examine au spéculum; mais un écoulement de sang l'empêchant de bien voir, il introduit des pinces pour enlever quelques parcelles de cette tumeur et en apprécier ainsi la nature. Ce produit morbide, au premier aspect, ressemblait à des végétations syphilitiques; mais, examiné plus attentivement au microscope, il offrit les caractères du tissu cancéreux. Le diagnostic se trouva précisé ainsi. Rien ne fut fait. La malade devait mourir.

Epanchement traumatique de sérosité dans la cuisse.

M. Morel-Lavallée rappelle qu'il a présenté, il y a déjà longtemps, à la Société, une tumeur grosse comme une tête de fœtus, développée à la cuisse immédiatement après le passage d'une voiture sur le membre; et que cette tumeur contenait exclusivement de la sérosité transparente.

Il vient d'observer un cas tout à fait analogue dans le service de M. le professeur Velpeau, à l'hôpital de la Charité. Le diagnostic en a été extrêmement facile pour M. Morel, qui a reconnu, d'après les caractères de cette seconde tumeur, qu'elle ne contenait, comme la première, que de la sérosité transparente; c'est ce qui a été vérifié par la ponction de l'épanchement.

MM. Giraldès et Larrey demandent quelques renseignements sur ce fait à M. Morel, qui se réserve de les communiquer dans un travail dont il s'occupe actuellement.

De l'expectation dans les épiplocèles traumatiques et dans les hernies épiploïques.

M. Robert désire fixer l'attention de la Société sur la question des plaies pénétrantes de l'abdomen avec issue de l'épiploon : un cas récemment offert à son observation en est le motif.

Il rappelle d'abord que tous les chirurgiens auteurs d'ouvrages classiques ont posé en principe de ne laisser l'épiploon

au dehors d'une plaie que s'il est altéré, de le réduire au contraire dans l'abdomen toutes les fois qu'il est intact ; et ce principe, soutenu par Boyer surtout, a été généralement adopté dans la pratique chirurgicale.

M. Robert rappelle ensuite que M. Hippolyte Larrey (1), dans un travail lu à l'Académie de Médecine il y a plusieurs années, a combattu, le premier peut-être, les préceptes adoptés à cet égard.

« M. Larrey, dit-il, a démontré par l'observation d'un fait clinique que, dans une plaie pénétrante de l'abdomen compliquée de hernie de l'épiploon, il n'y a aucun inconvénient à laisser au dehors de la plaie la partie d'épiploon herniée, parce qu'au bout d'un certain temps cette épiplocèle rentre peu à peu dans la cavité abdominale sans avoir déterminé d'accidents. »

M. Robert partage complétement cette manière de voir de M. Larrey sur l'avantage de l'expectation, et il s'en déclare même le partisan exclusif. L'observation qui lui est propre lui semble offrir de l'intérêt en raison de la rareté des cas de ce genre. En voici le sommaire :

« Le 7 avril, on transporta à l'hôpital Beaujon un jeune homme de vingt-huit ans atteint dans une rixe de deux coups de couteau au côté gauche de l'abdomen. L'une des plaies se trouve en dehors du muscle droit, l'autre est un peu au-dessus de l'épine iliaque, toutes les deux donnant issue à une portion d'épiploon parfaitement saine, mais légèrement congestionnée. La réduction pouvait en être faite selon le principe professé par Boyer ; mais cette réduction n'est pas sans offrir des difficultés : elle expose quelquefois les muscles au décollemeut par les efforts mêmes qu'il faut faire ; elle peut nécessiter des tractions fâcheuses pour faire ressortir la hernie mal réduite ; elle provoque, enfin, l'inflammation de l'épi-

(1) Mémoire sur les plaies pénétrantes de l'abdomen compliquées d'issue de l'épiploon ; extrait du tome XI des *Mémoires de l'Académie de Médecine.*

ploon, qui devient promptement le siége d'un phlegmon avec tendance à la suppuration, à la gangrène, et de là des conséquences graves de péritonite, comme l'a démontré M. Goyrand, d'Aix (1). Voilà pour quelles raisons M. Robert n'a pas eu recours à la réduction de l'épiploon. Il se souvient d'avoir vu à l'Hôtel-Dieu Dupuytren réduire une épiplocèle qui fut suivie de gangrène et de péritonite mortelle. La saine pratique, à son sens, est de ne pas réduire, mais de laisser toujours l'épiploon au debors.

Une objection faite par Boyer ou par les partisans de sa doctrine, c'est qu'en laissant ainsi l'épiploon au debors on voit survenir des accidents d'étranglement ou tout au moins des accidents produits par la formation d'adhérences, tels que des tiraillements dans le ventre et la gêne des fonctions digestives. M. Robert déclare avoir observé maintes fois des faits contraires à ccux que ferait supposer cette objection. Il n'y a, selon lui, que des inconvénients et nul avantage à opérer la réduction.

C'est pourquoi, cbez le jeune bomme dont il vient de parler, il a laissé en place les deux portions d'épiploon, et s'est contenté de prescrire le repos absoln, la diète de boissons et des pilules d'extrait thébaïque toutes les cinq beures. Aucun accident n'est survenu, et aujourd'hui le blessé se trouve dans l'état le plus satisfaisant. L'épiploon s'est boursouflé; il a perdu de sa souplesse; il est devenu rougeâtre, et s'est converti en une masse homogène, dure, comme lardacée, suppurant peu et à peine sensible. M. Robert espérait que la réduction s'effectuerait ensuite comme dans le fait rapporté par M. H. Larrey; mais, reconnaissant les difficultés d'une réduction spontanée assez prompte, il ne s'en est pas tenu à l'expectation absolue, prolongée, comme son collègue, qui avait vu disparaître le bourrelet épiploïque au trente-sixième jour; et, en raison surtout des adhérences établies autour de la

(1) Mémoire sur l'épiploïte.

plaie, M. Robert s'est décidé à faire l'excision des masses épiploïques. C'est samedi dernier que l'opération a été faite : une seule des tumeurs herniaires, la plus grosse, a donné lieu à un écoulement de sang, et cinq ligatures ont été faites ; les deux portions d'épiploon adhérentes et situées d'abord au niveau des téguments se sont affaissées ensuite ; et, en définitive, il est advenu ce que M. Larrey avait signalé comme résultat. La réduction, commencée dès le troisième jour de l'opération, était très marquée hier (quatrième jour) ; et, à mesure que cette rétrocession s'effectue, la cicatrisation de la plaie avance, et d'ici à huit jours la guérison semble devoir être complète.

M. Robert résume tout ce qu'il vient de dire par cette conclusion : Dans les plaies pénétrantes de l'abdomen compliquées d'issue de l'épiploon, l'expectation provisoire est de toute innocuité, et l'excision secondaire est indiquée lorsque des adhérences se sont établies et s'opposent à la réduction spontanée.

M. Robert fait appel, d'ailleurs, à l'expérience de ses collègues sur le principe qu'il soutient, dans un sens modifié d'après M. H. Larrey et contrairement à l'opinion de la plupart des auteurs.

M. Larrey remercie d'abord M. Robert de l'appréciation obligeante qu'il a faite de son travail et de l'appui qu'il a prêté aux idées qui s'y trouvent émises.

« L'observation, dit-il, qui m'a conduit à proposer l'expectation dans le traitement des hernies traumatiques de l'épiploon n'est pas le seul fait que l'on puisse citer en faveur de cette proposition ; mon père aussi eu adoptait le principe, et si d'autres ne l'ont pas soutenu d'une manière aussi formelle peut-être que j'ai cru devoir le faire dans mon mémoire, je ne suis moins disposé à accepter les modifications dont il semble susceptible. Peut-être même, je dois le déclarer, que si, d'une part, la réduction immédiate ne m'avait point offert trop de difficultés dans le cas observé par moi ; si, d'autre

part, l'absence de toute espèce d'accident ne m'eût pas décidé à attendre, peut-être aurais-je suivi une tout autre pratique que celle de l'expectation. Mais en même temps j'ai cherché à apprécier la valeur des diverses méthodes de traitement des épiplocèles traumatiques; et, à part les difficultés ou les dangers de la réduction par le taxis ou par le débridement, j'ai tâché aussi d'indiquer les incouvénients de la ligature et de l'excision selon leurs différents modes, pour arriver à une conclusion conforme à l'épigraphe de mon mémoire : *Savoir attendre.*

» Cette méthode de temporisation n'est pas absolument celle que vient de préconiser M. Robert, quoiqu'il l'ait énoncée ainsi en commençant, car il ne l'a employée que pour la première partie du traitement, sous le titre d'expectation provisoire, tandis qu'il a eu recours à l'excision secondaire après la formation des adhérences. Mais j'accepterais volontiers ces deux principes contraires s'ils pouvaient se concilier dans tous les cas, et si les avantages de l'un ne semblaient pas témoigner des inconvénients de l'autre. Nous pourrons, du reste, revenir sur cette question, qui ne me semble pas devoir être décidée d'une manière trop absolue quant à présent. »

M. Huguier considère deux choses distinctes dans la communication de M. Robert : selon que l'épiploon fait hernie à travers une plaie, ou selon qu'il constitue une tumeur herniaire proprement dite. Il admet le principe de l'expectation pour la hernie traumatique, mais il le rejette pour la hernie spontanée, et il pense que M. Robert a été trop loin en disant que dans ce dernier cas également il ne fallait pas réduire.

M. Huguier croit utile, au contraire, d'opérer alors la réduction, tandis qu'il y a des inconvénients à s'en abstenir; c'est du moins d'après ce principe qu'il a agi pour son compte, et il n'a eu qu'à s'en louer.

Quant aux plaies compliquées d'issue de l'épiploon, il n'a pas observé assez de faits pour en déduire des conséquences pratiques aussi précises. Il a eu cependant occasion de voir

un cas dans lequel la réduction a réussi : Un homme avait reçu un coup de couteau dans le côté gauche du ventre. Le médecin appelé auprès de lui, voyant une portion d'épiploon hors de la plaie, essaya de la réduire, et appliqua nn appareil contentif; mais le blessé fut obligé de se dépanser, parce qu'il souffrait trop. Il fut transporté à Beaujon, dans le service de M. Huguier, qui constata que l'épiploon était ressorti dans une longueur de 5 à 6 centimètres. N'ayant pu retrouver l'ouverture interne de la plaie, il pensa que la réduction avait été incomplète, fit un débridement de la peau, parvint ensuite à refouler l'épiploon dans l'abdomen à l'aide d'une sonde de femme, et réunit la plaie par deux points de suture profonde et par un bandage qui maintint la réduction.

M. Huguier ajoute qu'en laissant l'épiploon dans une plaie, des accidents d'inflammation et d'étranglement peuvent survenir, déterminer une péritonite, et que, si une plaie profonde de ce genre n'est pas réunie, elle peut donner lieu à une hernie consécutive.

M. Guersant fait observer qu'il y a utilité, dans certaines circonstances, à réduire les hernies traumatiques de l'épiploon. Il se rappelle avoir vu, pendant son internat à l'Hôtel-Dieu, un homme chez lequel un coup de tranchet dans le ventre avait déterminé une issue de l'épiploon. M. Guersant s'aida d'une sonde de femme pour faciliter la réduction, qui fut prompte. Il rencontra, deux ans après, un cas analogue ; il se servit encore de la sonde, et réunit la plaie par la suture ; mais ce second blessé succomba à une péritonite. Le premier guérit. M. Guersant croit aussi à l'utilité de la réduction dans les hernies ; il lui est arrivé, dans un cas d'entéro-épiplocèle, de réduire ainsi en coiffant l'intestin avec l'épiploon.

M. Michon considère la question soulevée par M. Robert comme ayant une haute importance, et il regrette qu'il en ait fait l'objet d'une simple communication.

Il s'est étonné d'entendre M. Robert dire qu'il fallait en principe absolu laisser l'épiploon au dehors; non pas que

M. Michon conteste les avantages obtenus par cette méthode d'expectation dans les cas de blessures, comme le témoignent les observations de guérison signalées par MM. Robert et Larrey; mais la question douteuse et contestable pour M. Michon est relative aux hernies proprement dites.

Il ne pense pas d'abord que la difficulté de la réduction doive être indiquée comme un point de doctrine. On trouverait aisément dans les auteurs des cas où l'épiploon, étant resté au dehors, a donné lieu à des péritonites purulentes. Il en a vu pour sa part un exemple. Autre chose, c'est qu'on a rencontré des gens affectés de hernies épiploïques non réduites marchant en double à cause de la masse considérable d'épiploon constituant la hernie. C'est pour cela qu'il faudrait s'entendre sur la quantité d'épiploon qui se trouve hors de l'abdomen.

M. Robert, dit M. Michon, n'a fait aucune distinction pour les hernies : M. Robert se contentera donc de réduire l'intestin en laissant l'épiploon au dehors? et, si cet épiploon détermine des accidents d'étranglement, il le maintiendra donc quand même au dehors? Mais alors quelle sera sa règle de conduite selon les cas? M. Michon déclare que lui-même n'a pas de parti pris à cet égard; mais c'est pour cela même qu'il s'étonne du principe posé par M. Robert d'une manière aussi absolue.

M. Robert reconnaît que ce sont là des objections sérieuses, les unes pratiques, les autres théoriques. Il espère pouvoir y répondre.

Ce n'est pas d'abord une idée improvisée qu'il soutient aujourd'hui; il la fonde sur l'expérience qui lui a fourni une trentaine de hernies dans l'espace de quinze ans et un cas de blessure. Cette idée, d'ailleurs, il l'a puisée dans la pratique de Dupuytren. Une fois, c'était chez une femme atteinte d'entéro-épiplocèle, et plusieurs fois depuis il a constaté les accidents de péritonite locale due à la réduction.

M. Robert, depuis, n'a jamais opéré une hernie entéro-

épiploïque sans laisser l'épiploon au dehors. Réduire c'est, selon lui, s'exposer aux chances de l'inflammation; et, comme en clinique les faits gardent toute leur valeur, il répète qu'il a opéré une trentaine de hernies épiploïques en ayant recours tantôt à la réunion immédiate, tantôt à la réunion secondaire. L'épiploon était quelquefois gangrené, et pourtant il n'est point survenu de phénomènes d'étranglement comparables à ceux de l'étranglement intestinal; mais M. Robert ignore le mécanisme de cet étranglement. Quoi qu'il en soit dans ces cas-là, l'épiploon se détache ensuite spontanément, comme il l'a observé chez une femme qui avait une masse assez volumineuse d'épiploon. Il a revu plus tard cette femme affectée d'une nouvelle hernie, et il a constaté d'après ce fait, comme d'après bien d'autres, qu'en ce qui concerne les hernies il n'y a nul inconvénient à ne point réduire l'épiploon. Une fois cependant, c'était chez une autre femme, M. Robert a vu cet épiploon rester invariablement en place; l'excision en fut faite vers le trentième jour sans conséquence fâcheuse, et ce cas-là ne lui a pas fait changer d'opinion.

Passant ensuite aux cas de plaies, M. Robert déclare que le fait observé par M. Huguier n'ébranle pas davantage sa conviction; la hernie traumatique avait été réduite d'abord sans accidents, non dans la cavité de l'abdomen, mais dans l'épaisseur de ses parois : n'était-ce pas du bonheur pour le blessé ?

Enfin M. Robert soutient que la réunion consécutive assure à la cicatrice autant de solidité que la réunion immédiate, et il évite à dessein la gastroraphie, dont les avantages ne lui semblent point démontrés.

Quant aux indications thérapeutiques des plaies abdominales compliquées d'épiplocèle, M. Robert s'en tiendrait volontiers à la médication antiphlogistique et aux moyens hygiéniques recommandés par M. Larrey dans son mémoire.

Il se propose, d'ailleurs, de publier l'observation dont il vient d'entretenir la Société.

M. Maisonneuve demande le renvoi de la discussion à la prochaine séance, afin de pouvoir présenter une pièce qui ne pourrait pas attendre.

M. le président met aux voix cette proposition, qui est adoptée.

Fistule vésico-vaginale.

M. Maisonneuve présente à la Société un lambeau de membrane muqueuse résultant de l'avivement d'une énorme fistule vésico-vaginale. Ce lambeau a 19 centimètres de longueur. On peut juger par là, dit M. Maisonneuve, de l'étendue considérable de la perte de substance qu'avait subie la vessie. Son bas-fond manquait entièrement, et la paroi supérieure du réservoir urinaire semblait n'être que la paroi supérieure du vagin. La malade avait été réclamer du secours dans plusieurs hôpitaux de Paris, entre autres à l'hôpital Saint-Louis, où elle est restée trois mois dans le service de M. Jobert; partout on la renvoya comme incurable. Pendant plusieurs jours, M. Maisonneuve partagea cette opinion; mais après plusieurs examens attentifs, ayant reconnu que l'utérus, très mobile et libre de toute adhérence, se prêtait assez bien à l'abaissement, que le vagin était très ample et très dilatable, que la vulve était très largement ouverte, il se décida, sur les instances vives de la malade, à tenter quelque chose. C'est le 2 avril que l'opération fut pratiquée. L'utérus fut saisi d'abord par le museau de tanche et abaissé. Par une incision transversale au-devant de sa lèvre antérieure, le bord postérieur de la fistule fut séparé de l'utérus, et le doigt put dégager profondément la partie postérieure de l'organe sans blesser le péritoine. L'opérateur, recourbant ensuite son doigt en crochet, put isoler les parties latérales de la vessie, et les séparer ensuite de leur fusion avec le vagin en faisant agir de dehors en dedans un bistouri boutonné. La vessie se trouvant ainsi isolée dans les 4/5es de sa circonférence, il devint facile de mettre en contact les lèvres de l'énorme ouverture que présentait son bas-fond.

Alors M. Maisonneuve procéda à l'avivement, qui fut fait d'un seul morceau, et donna le lambeau qu'il met sous les yeux de la Société. C'est une bande muqueuse de 19 centimètres de long sur un centimètre et demi de large. Ceci étant fait, M. Maisonneuve réunit les lèvres de la plaie au moyen de onze points de suture placés sur une ligne oblique d'avant en arrière et de droite à gauche. Près de quinze jours se sont écoulés depuis l'opération, et la cicatrice est parfaite dans les 9/10es de la plaie; il ne reste plus qu'un orifice dans lequel on ne peut pas même introduire le bout du petit doigt. Tout fait espérer une guérison complète.

Taille rectale.

M. Maisonneuve ajoute à cette communication que le malade dont il a parlé dernièrement, et qu'il a opéré de la pierre par la taille rectale, est parvenu à une guérison complète sans persistance de la fistule, qui avait duré près de six semaines.

N. B. — M. Michon invite ceux de ses collègues qui voudraient bien lui donner leur avis sur un cas assez embarrassant de fistule vésico-vaginale, à venir voir la malade à la Pitié.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, H. L.

Séance du 24 avril 1850.

Présidence de M. Deguise père.

Correspondance.

M. Rigal (de Gaillac) prie la Société de lui confier une lettre qu'il lui a adressée au mois de septembre dernier, pour assurer ses droits à la priorité d'invention d'une *suture élastique*.

M. le secrétaire communiquera cette lettre à M. Rigal, qui la restituera ensuite aux archives.

M. LEBERT annonce sa candidature en exprimant le désir de mettre à la disposition de la Société l'emploi des méthodes d'investigation anatomo-pathologiques qui font depuis longtemps le sujet de ses études.

Traitement des hernies épiploïques.

(Suite de la discussion.)

M. ROBERT présente le jeune homme dont il a entretenu la Société dans la dernière séance. Les deux plaies de l'abdomen sont cicatrisées; et, malgré la résection pratiquée sur les deux portions de l'épiploon engagées dans ces plaies, le blessé se trouve aujourd'hui, dix-huitième jour de l'accident, dans un état de santé parfaite.

Toutefois, il y aura lieu de s'enquérir plus tard de l'état des cicatrices, et d'examiner si les viscères n'ont pas de tendance à les soulever et à s'y engager. Pour le moment, ces cicatrices paraissent aussi étroites que si elles avaient été obtenues au moyen de la gastroraphie.

A ce sujet, M. Robert est revenu sur la communication qu'il a faite. Il n'insiste pas davantage sur la pratique qui consiste à ne pas réduire l'épiploon, quoique sain, dans les cas d'épiplocèle traumatique. Il ne peut, en effet, s'appuyer que sur une seule observation à lui. Il a désiré simplement soumettre ce fait à ses collègues et faire appel à leur expérience. Quant à la conduite à tenir, suivant lui, dans les cas d'épiplocèle herniaire étranglée, ses convictions sont beaucoup plus arrêtées, puisqu'elles résultent de l'expérience de quinze années. Il est vrai que, pour arriver à une démonstration complète, il aurait dû comparer ses résultats, dans un nombre donné de cas, à ceux que l'on obtient par une pratique opposée, dans des cas semblables. Mais il est rare qu'en chirurgie on puisse procéder de cette manière.

M. Robert s'est donc borné à faire connaître ce qu'il a observé, et les motifs qui l'ont porté à s'éloigner de la pratique généralement suivie. Dans des cas où, opérant des entéro-

épiplocèles, des chirurgiens très éminents avaient jugé l'épiploon assez peu altéré pour pouvoir être réduit ; celui-ci, replacé dans l'abdomen, y a déterminé des accidents inflammatoires graves, la formation d'abcès, etc. D'un autre côté, dans les cas où l'épiploon avait paru trop malade pour être réduit, M. Robert a été frappé de l'innocuité des résultats, soit que l'on eût excisé une partie de l'épiploon en liant isolément les artères divisées, soit que l'on eût abandonné l'épiploon dans la plaie.

En présence de ces faits, il était permis de penser que, si l'abandon forcé de l'épiploon dans une plaie, lorsqu'il est gravement altéré, n'a pas de conséquence fâcheuse, l'abandon volontaire de l'épiploon, quand il est sain, ne saurait conduire à de plus mauvais résultats.

L'adoption de cette pratique trancherait une difficulté que l'on rencontre fréquemment en opérant les hernies entéro-épiploïques, celle de savoir si l'épiploon peut ou ne peut pas être réduit sans inconvénient.

On a abjecté à M. Robert qu'en fixant l'épiploon à l'ouverture herniaire, on s'expose à faire subir plus tard des tiraillements nuisibles à l'estomac ou au canal intestinal.

Mais on peut répondre que ces tiraillements n'ont été observés que dans les cas très rares d'étranglement survenant dans les hernies d'un grand volume et contenant une très grande quantité d'épiploon. Il y a plus : dans le siècle dernier, à l'époque où l'on avait l'habitude de réduire l'épiploon après l'avoir lié en masse, et l'avoir ensuite excisé au-dessous de la ligature, n'avait-on pas maintes fois enlevé impunément des portions considérables de cette membrane ? Les recueils d'observations pullulent de faits de ce genre.

Dira-t-on que la réduction opérée, dans ces cas, après la ligature rend à l'épiplon sa position normale, et prévient ainsi les fâcheux effets du retranchement opéré sur lui ? Mais ne sait-on pas que, lorsque l'on a réduit soit une anse intestinale, soit surtout une masse épiploïque, la partie réduite reste der-

rière l'anneau ou dans son voisinage, qu'elle y contracte promptement des adhérences?

Du reste, M. Robert déclare n'avoir jamais observé ces tiraillements fâcheux opérés par l'épiploon sur l'estomac. Il pense que l'épiploon laissé dans l'anneau rentre peu à peu dans la cavité abdominale, suivant le mécanisme si bien étudié par Scarpa dans les hernies avec gangrène, et que même il peut ultérieurement y devenir entièrement libre.

M. Robert avait espéré qu'en laissant l'épiploon dans la plaie ce tissu ferait l'office d'un bouchon obturateur, et préviendrait une hernie consécutive ; mais son espoir a été déçu. Chez une femme opérée de hernie crurale, une hernie nouvelle s'est manifestée un an après l'opération, et a forcé la malade à porter un bandage.

En résumé, le raisonnement et l'expérience se réunissent aujourd'hui pour démontrer à M. Robert que, dans l'opération des hernies entéro-épiploïques, il est sage de ne jamais réduire l'épiploon. S'il est considérable, il convient d'en exciser la plus grande partie en liant, s'il le faut, toutes les artères qui donnent du sang ; s'il est peu considérable, on le laisse au dehors purement et simplement. Dans ce cas, tantôt il rentre peu à peu dans le ventre, comme l'ont observé Chopart, Desault et Dupont, cité dans les *Mémoires de l'Académie de Chirurgie* (tome III) ; tantôt il devient en peu de jours le siége d'une fonte purulente et gangréneuse qui élimine complétement les portions laissées au dehors.

M. Forget demande à M. Robert si dans les faits qu'il vient de produire se trouve comprise une observation rapportée par Lawrence, et qui est ttrée de la thèse de Gunzius. Cette observation est relative à une épiplocèle volumineuse et dure chez un malade qui ne pouvait jamais prendre plus d'une certaine quantité d'aliments sans vomir à l'instant, et même il était obligé, à chaque repas, de se tenir couché, le tronc incliné en avant et les jambes fléchies.

M. Forget dit que M. Jobert a adopté comme méthode

presque générale le procédé suivi par M. Robert, en laissant l'épiploon dans la plaie. M. Jobert, en agissant ainsi, a vu survenir moins de dangers que par la réduction ; il n'a jamais reconnu, par exemple, que l'inflammation passât de la tumeur extérieure dans la cavité péritonéale. C'est, du reste, après avoir fait pendant longtemps comme tous les chirurgiens, c'est-à-dire après avoir réduit l'épiplocèle, qu'il a été conduit par les résultats à changer de pratique. Laissé à l'anneau, l'épiploon suppure, s'atrophie, devient la base d'une cicatrice solide, et son tissu, au lieu d'affaiblir l'anneau, le consolide en s'unissant à lui.

M. Forget ajoute qu'il a en vain cherché dans les auteurs si des faits justifiaient leur assertion reproduite par M. Michon, relativement aux tiraillements que l'épiploon hernié exercerait sur l'estomac. Deux cas cités par Lawrence semblent seuls donner créance à cette opinion ; et jamais, dans sa pratique, M. Jobert n'a observé un semblable effet.

M. Michon considère la question comme tellement déviée de sa direction première, qu'il se voit obligé de la ramener à son point de départ. Cette question, nettement posée par M. Robert, est celle-ci : Parvient-on à guérir un plus grand nombre de hernies épiploïques en ne les réduisant pas, plutôt qu'en opérant leur réduction ? Or, M. Robert a répondu à cette question d'une manière affirmative et absolue. Eh bien ! qu'il démontre la réalité d'un fait de cette importance, et il tirera les praticiens d'un grand embarras. Mais tous ou à peu près tous sont en désaccord avec lui. Aucun chirurgien n'a donné le précepte exclusif de réduire l'épiploon, si ce n'est, à une certaine époque, M. Jobert, qui depuis a changé d'opinion.

M. Michon fait observer ensuite que M. Robert est parti d'un point ou d'un sujet différent de celui qui est en discussion ; de là une argumentation en deux termes qu'il faut réduire à un seul, c'est-à-dire à celui des hernies proprement dites, puisque, dans le cas de blessure compliquée d'épiplocèle, la question ne saurait être encore jugée définitivement,

malgré la valeur des deux observations appartenant l'une à M. Larrey, l'autre à M. Robert lui-même.

Il suffit de chercher dans les auteurs pour y trouver des exemples démontrant que l'épiploon laissé en place dans des hernies est devenu cause d'accidents, de douleurs, de tiraillements, d'inflammation, etc.

M. Michon croit que Boyer, à cet égard, bien pénétré de ce qu'il pensait, a écrit sous les inspirations de l'Académie de Chirurgie, mais non pas, comme le suppose M. Robert, dans des vues théoriques, quoiqu'il n'ait pas rapporté de faits à l'appui des principes qu'il a soutenus.

Des observations recueillis par d'autres, tels que Lawrence, prouvent que l'épiploon, bien qu'abandonné au dehors dans les hernies, devenant le siége d'une inflammation, peut la transmettre dans la cavité du péritoine.

Quant à savoir positivement s'il faut laisser ainsi l'épiploon au dehors, c'est, répète M. Michon, une vue théorique, malgré la pratique de quinze années invoquée par M. Robert. En effet, dit-il, les résultats obtenus perdent leur valeur, puisqu'ils manquent des éléments nécessaires pour établir des termes de comparaison, tels que les proportions des nombres, les espèces précises, les opérations et les diverses circonstances qui s'y rapportent.

M. Michon a bien réduit, pour sa part, une vingtaine de hernies épiploïques, et ce qu'il a vu l'autorise à persister dans ce qu'il vient de dire.

Il rappelle qu'Arnaud, dans plus de huit cents hernies, a souvent lié et réséqué l'épiploon, sans que les malades aient éprouvé plus tard de ces tiraillements qui dépendent des adhérences établies autour des plaies.

« Beaucoup de chirurgiens, dit-il, ont agi comme Arnaud, et n'ont eu qu'à s'en louer. C'est pourqnoi la pratique contraire de M. Robert peut être considérée comme toute théorique, bien qu'elle date de quinze aus, jusqu'à ce qu'elle soit appréciable avec connaissance de cause exacte et précise. »

M. Michon, en un mot, veut la certitude d'avoir plus de chances de guérir ses malades, d'après le conseil donné par M. Robert pour se décider à le suivre; et la question, en définitive, est donc celle-ci : L'épiploon, dans une hernie, doit-il être réduit ou laissé en dehors ?

M. Michon déclare, en terminant, qu'il est tout prêt à se rendre à la pratique de M. Robert, parce qu'elle est plus simple, s'il lui est démontré qu'elle soit meilleure.

M. Robert fait valoir les considérations qui se trouvent exposées précédemment dans leur ensemble, et qui complètent sa réponse aux objections faites par M. Michon.

Il ajoute que dans une circonstance Desault a observé la réduction graduelle d'nne épiplocèle herniaire. Comme M. H. Larrey l'a observée dans le cas d'épiplocèle traumatique dont il a été question. Rappelant aussi que Dupuytren avait pour habitude de réduire l'épiploon hernié, il a vu quelquefois la suppuration dans les fosses iliaques être la conséquence de cette pratique, et une fois il a constaté la sortie par l'anneau crural d'un énorme bourbillon résultant d'une gangrène herniaire de l'épiploon.

M. Robert en a conclu également à l'utilité de laisser l'épiploon au dehors, et d'ailleurs l'intestin est rarement gangrené dans ces cas là, tandis que l'épiploon supporte à peu près seul les conséquences de l'étranglement. Le réduire dans de pareilles conditions lui paraîtrait une imprudence en l'exposant aux chances de l'inflammation, de la suppuration et de la gangrène.

M. Michon regrette que M. Robert n'ait pas répondu nettement à son argumentation; « car je sais, dit-il, comme lui, » comme tous les chirurgiens, ce qui se passe lorsqu'on » abandonne l'épiploon au dehors. Toute la question, encore » une fois, est celle-ci : M. Robert a posé comme doctrine » absolue de laisser l'épiploon au dehors. A-t-il des faits dé» monstratifs, des relevés statistiques à l'appui de cette doc» trine ? A-t-il enfin obtenu des résultats plus satisfaisants,

» des succès plus réels que ceux que nous obtenons par une » conduite opposée? Si la réponse n'est point catégorique, la » question en restera où elle en était auparavant. Il s'agit, en » dernière analyse, d'une réforme complète, radicale, propo- » sée par M. Robert. Il faut donc savoir si elle est fondée sur » l'autorité des faits avant de l'accepter. »

M. Robert répète que depuis plus de quinze ans il a eu beaucoup de succès dans une trentaine d'opérations, sans qu'il lui soit possible d'en donner le chiffre exact, ni les détails circonstanciés.

M. Maisonneuve n'a pas encore acquis une aussi grande expérience sur les hernies, mais il peut exposer le résultat des cas de sa pratique. Il a fait comme font tous les chirurgiens lorsqu'il s'agit d'entéro-épiplocèle : il a réduit d'abord l'intestin, puis l'épiploon, et il a eu des résultats fâcheux, funestes, qui ne l'ont pas encouragé à continuer de la sorte. Il laisse donc dans la plaie l'épiploon sain ou malade, si surtout c'est une portion un peu considérable; et, toutes les fois que la réduction par le taxis en est difficile ou douloureuse, il y renonce.

M. Maisonneuve avoue cependant que cette manière de faire ne lui a pas encore fourni de résultats assez concluants, mais il les croit un peu meilleurs que ceux de la réduction. Il fait observer aussi que l'on doit se défier de ses propres résultats à cause des chances de séries.

M. Robert, ajoute M. Maisonneuve, a soulevé une question importante dont les résultats comparatifs méritent d'être examinés. Il n'y a pas de dangers d'ailleurs à ne point réduire, ou bien il y en a autant à faire la réduction qu'à s'en abstenir.

L'un des chirurgiens qui ont obtenu assurément le plus de succès dans le traitement des hernies, M. Philippe Boyer, suit le précepte donné par son père en opérant de très bonne heure, et cependant il exerce dans un hôpital où les résultats des opérations de ce genre sont généralement déplorables.

M. Maisonneuve considère l'opération de la hernie épiploïque comme désastreuse. Ainsi à l'Hôtel-Dieu, du temps de Dupuytren, d'après une statistique faite par M. Tessier, on comptait 18 morts sur 20 opérations. M. Maisonneuve, pour sa part, en a eu 3 sur 4; et il pense que, si chaque chirurgien fournissait les résultats de sa pratique, on obtiendrait ainsi des données utiles pour faire adopter ou rejeter la doctrine de l'expectation.

M. Marjolin considère la question soulevée par M. Robert comme tellement nouvelle que, si elle l'eût été par un chirurgien d'une plus jeune expérience que la sienne, elle eût sans doute été rejetée. Cette question devient dangereuse de sa part et dans la position qu'il occupe parmi les chirurgiens des hôpitaux.

Le principe fondamental dans le traitement des hernies, quelles qu'elles soient, c'est de réduire. En effet, un organe enflammé est plus susceptible de résolution lorsqu'il est replacé dans sa cavité naturelle que lorsqu'il est abandonné en dehors des parties. On réduit bien une anse d'intestin enflammée, on peut, on doit à plus forte raison réduire une portion d'épiploon si elle n'est pas malade. M. Marjolin cite à ce sujet un cas de petite hernie paraissant épiploïque accompagnée d'accidents qui cessèrent aussitôt après la réduction. Toutes les hernies, dit-il, qui se présentent dans les hôpitaux sont soumises à beaucoup de manipulations avant d'être opérées; l'insuccès dépend de là bien souvent. Il rappelle que M. Boyer fils, sans avoir même recours au taxis, opère le plus tôt possible et réussit le plus ordinairement. Il cite enfin la pratique de Dupuytren, qui, dans la dernière période de sa carrière, ne différait point l'opération comme autrefois.

M. Maisonneuve demande à M. Marjolin s'il est bien sûr de ce qu'il avance relativement à Dupuytren, dans le service duquel il s'est trouvé lui-même.

M. Marjolin ne croit pas se tromper, car il a vu Dupuytren

agir ainsi, mais seulement vers la fin de son enseignement à l'Hôtel-Dieu.

M. Michon n'accepte pas la question modifiée par M. Maisonneuve, qui partage avec tous les chirurgiens la doctrine ancienne, en se rapprochant de celle de M. Robert. Celle-ci seulement est en cause, et elle représente, il le déclare une dernière fois jusqu'à démonstration du contraire, un principe subversif des idées reçues en chirurgie.

M. Huguier demande, ainsi que M. Larrey, que la question des épiplocèles traumatiques soit de même l'objet d'une discussion.

M. le président consulte la Société, qui renvoie cette question à la prochaine séance.

Tumeur osseuse examinée au microscope.

M. Lebert communique le résultat de l'examen de la tumeur osseuse enlevée du sinus maxillaire par M. Michon. Il l'a fait dessiner avec soin et par des coupes très fines, qu'il a soumises au microscope ; il a constaté les dispositions anatomiques signalées déjà par M. Giraldès.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, H. L.

Séance du 1er *mai* 1850.

Présidence de M. Deguise père.

Hernies épiploïques.

A l'occasion du procès-verbal, M. Robert appelle l'attention de la Société sur une simple recherche historique à l'appui de l'opinion qu'il a soutenue : De la Faye, dans les notes ajoutées par lui à l'ouvrage de Dionis, recommande formellement de ne point réduire lorsque la hernie épiploïque est volumineuse.

Correspondance.

M. Rigal (de Gaillac), membre de l'Assemblée nationale, en adressant à M. le secrétaire la lettre que la Société lui avait confiée, lui annonce qu'il espère trouver bientôt un peu de loisir pour communiquer à la Compagnie quelques-uns des résultats de sa pratique chirurgicale.

La Société reçoit le rapport fait à l'Académie des Inscriptions et Belles-Lettres, au nom de la commission des antiquités de la France, par M. Lenormand, membre de l'Institut.

M. Ferdinand Martin offre : 1° un mémoire sur l'*étiologie du pied-bot* avec atlas, publié en 1839 ; 2° un mémoire sur l'*amputation sus-malléolaire*, extrait du tome X des *Mémoires de l'Académie de Médecine*, publié en 1842 par M. le docteur L. Arnal et par lui ; 3° un livre avec planches, intitulé : *Essai sur les appareils prothétiques des membres inférieurs.* Ce travail, publié récemment (1850) par M. Martin, étant moins connu que les deux autres, sera l'objet d'un rapport verbal. M. le président désigne M. Chassaignac pour faire ce rapport.

Traitement de l'épiplocèle traumatique.

M. Huguier, désirant, comme il l'avait annoncé dans la dernière séance, examiner la question du traitement des hernies traumatiques de l'épiploon, pense que l'on peut adresser de sérieuses objections à la doctrine d'expectation soutenue par M. Robert.

La plupart des auteurs, dit M. Huguier, ont professé des principes tout opposés qui ont prévalu. L'autorité des faits multipliés dépose donc en faveur de ces principes ; tandis que la valeur d'un fait isolé, si grande qu'elle soit, ne saurait être mise en balance avec le poids de tous les autres.

Le raisonnement semble démontrer, selon lui, qu'en laissant l'épiploon libre au dehors d'une plaie du ventre, on crée,

on forme un canal artificiel dans l'épaisseur des parois abdominales. De là des chances d'accidents dus à cette sorte d'incarcération de l'épiploon, qui éprouve des tiraillements pénibles, des tractions douloureuses et souvent brusques; de là aussi la formation d'une bride contre laquelle une anse d'intestin peut s'étrangler; de là enfin, des phénomènes d'inflammation, de suppuration et de gangrène de l'épiploon.

« De plus, ajoute M. Huguier, si l'épiploon abandonne la cicatrice abdominale, une hernie secondaire peut se développer, d'autant que les cicatrices consécutives ou médiates et larges sont plus faibles que les cicatrices primitives ou immédiates et linéaires. En conséquence, elles affaiblissent les parois abdominales, et les exposent à la formation des hernies.

» Enfin, dit encore M. Huguier, si M. Robert le premier a réussi dans un cas où il n'avait pu réduire l'épiploon, s'il a guéri son blessé en laissant cette membrane au dehors de la plaie, il ne peut contester la valeur de tous les faits contraires à celui-là.

» Il a dit, par exemple, que l'épiploon laissé à l'extérieur de l'abdomen rentrait peu à peu dans sa cavité, soit; mais il est dans l'erreur, comme je crois l'avoir démontré, sur la solidité comparative de la cicatrice. »

M. Huguier termine ces réflexions en disant qu'il a vu souvent des plaies de l'abdomen non réunies et cicatrisées secondairement être suivies plus tard de hernies. Il tire donc de ces faits la conséquence d'un principe opposé à celui que soutient M. Robert.

M. Robert persiste à croire que le fait qu'il a communiqué à la Société répond suffisamment aux objections de M. Huguier. Il convient qu'il n'a que cette observation par devers lui, mais il en a constaté les résultats si attentivement qu'il ne peut s'empêcher de lui accorder une sérieuse valeur; et sans prétendre imposer ses convictions à personne, il pense que, si de nouveaux faits analogues se présentent, ils modifie-

ront puissamment les idées reçues jusqu'à ce jour sur le traitement des hernies traumatiques de l'épiploon.

M. Larrey ayant aussi demandé la parole sur cette question : « Ce n'est pas, dit-il, que je n'admette en principe une partie des objections qui viennent d'être faites par M. Huguier, mais je crois qu'en réalité il s'en exagère peut-être la portée. Sans contester que la présence ou plutôt la persistance de l'épiploon dans une plaie de l'abdomen puisse occasionner des tiraillements ou des rétractions plus ou moins sensibles, des accidents primitifs d'inflammation et des accidents herniaires consécutifs, on doit reconnaître que de semblables résultats émanent d'un raisonnement théorique plutôt que d'une démonstration pratique. Les faits manquent ou sont trop peu nombreux encore, non-seulement pour décider la question, mais pour permettre même d'attribuer à l'expectation des inconvénients qui ne sont rien moins que prouvés.

» Je crois, par exemple, dit M. Larrey, que l'épiploon, laissé en place, s'il ne peut être réduit sans débridement de la plaie, et s'il n'est soumis à aucune irritation mécanique, a peu de chances de s'enflammer, et tend au contraire à s'affaisser peu à peu, à s'atrophier ou à se réduire spontanément.

» Bien loin ensuite de laisser après lui une cicatrice assez mince pour affaiblir la paroi abdominale divisée, l'épiploon une fois réduit semble rester en contact avec la face postérieure de la plaie; et si, à plus forte raison, il a contracté des adhérences avec elle, il en consolide la cicatrisation, et devient ainsi la base d'une cicatrice assez résistante pour s'opposer à la formation d'une hernie consécutive.

» Tel est du moins, dit M. Larrey, le résultat de l'observation qui a été le motif de mon mémoire, comme de sa conclusion : *savoir attendre*.

» Je rappellerai que je ne me déclare pas pour cela partisan exclusif de l'expectation, et que je n'ai pas eu le mérite, si c'en est un, d'employer le premier cette méthode. Mon père l'avait mise aussi en pratique, et elle avait été indiquée ou

conseillée bien avant lui par d'autres. Pipelet, dont les expériences qu'il a faites avec Louis, pour démontrer les inconvénients de la ligature, Verdier, en considérant le resserrement de la plaie comme pouvant faire l'office d'une ligature, Simon, Hévin, dans des vues différentes, d'autres chirurgiens encore, témoignent par leurs écrits en faveur de l'expectation. C'est là tout ce que je voulais dire, sans préjuger une question qui me semble appeler de nouveaux faits à l'appui du principe posé par M. Robert. »

Vaccination des tumeurs érectiles.

M. Marjolin rappelle qu'il a présenté en 1847, à la Société de Chirurgie, une petite fille âgée de six semaines seulement, et affectée d'une tumeur érectile veineuse qui occupait tout le côté droit de la tête et de la face. Cette enfant avait été amenée à l'hôpital Saint-Antoine, où M. P. Bérard se trouvai remplacé par M. R. Marjolin, qui voulut montrer à ses collègues un cas aussi rare par l'étendue de la maladie.

On constata que le tissu érectile avait envahi, d'une part, la peau de la tempe, du pourtour de l'orbite, de la joue et des lèvres, et d'autre part, la muqueuse de l'œil et des paupières, celle de la bouche et de la voûte palatine. L'opinion à peu près unanime des membres de la Société fut qu'il ne fallait rien faire.

Cependant, comme l'enfant n'avait pas encore été vaccinée, M. Marjolin pensa qu'il pourrait profiter de cette circonstance pour essayer la vaccination appliquée au traitement de cette affection grave. Il fit avec une aiguille douze ou quinze piqûres sur les limites de la tumeur en inoculant du vaccin dans chacune d'elles. L'écoulement de sang, quoique peu considérable, fut arrêté assez difficilement. Une inflammation vive survint ensuite, s'empara de la plus grande partie de la tumeur et s'étendit jusqu'à l'œil, dont la conjonctive se tuméfia. Ces accidents se dissipèrent enfin; l'enfant était sortie de l'hôpital, et elle fut perdue de vue pendant trois ans et demi. On

l'a ramenée il y a quelques jours à M. Marjolin, qui l'a trouvée dans un état tout à fait inespéré. Il la présente aujourd'hui dans des conditions méconnaissables pour ses collègues.

En effet, l'amélioration est telle, que les caractères de la tumeur ont presque entièrement disparu ; un peu de tuméfaction subsiste encore à la paupière inférieure et sur un seul point de la joue ; le reste s'est effacé, résorbé, flétri ; le tissu érectile a fait place, sur la peau de la tête, de la tempe et de la joue, à un tissu blanchâtre, ferme, résistant, comme un tissu inodulaire, à tel point que l'enfant, dans une chute récente, a eu au front une plaie contuse qui n'a pas été compliquée d'hémorrhagie.

C'est là, dit M. Marjolin, un fait qui m'a paru digne de fixer l'attention de la Société.

M. Robert trouve cette observation fort intéressante effectivement; mais il demande, et il se demande à lui-même, de quelle manière, par quel mécanisme a pu s'opérer cet arrêt dans le développement de la maladie et sa guérison ? Est-ce bien à la vaccination que l'on est en droit d'attribuer ce résultat? Il a eu occasion aussi d'inoculer le vaccin à des tumeurs érectiles moins considérables que celle dont il s'agit, et il a reconnu que les limites d'action de ce moyen étaient variables, mais toujours assez bornées.

Si, au contraire, c'est à l'inflammation qu'il faut rapporter le succès obtenu ici, à quel degré, dans quelle étendue, sous quelles formes, cette inflammation s'est-elle manifestée? C'est là, dit M. Robert, ce qu'il importait de savoir. La phlogose se serait déclarée, suivant M. Marjolin, sans suppuration; mais, ajoute M. Robert, les cicatrices telles qu'elles existent actuellement ne représentent pas celles des pustules ; et d'ailleurs, comment admettre un tel résultat sans la formation d'abcès, tandis que douze ou quinze piqûres ont été faites ? C'est là une objection qui lui semble péremptoire.

M. Nélaton, comme M. Robert, désire avoir de M. Marjolin quelques renseignements. Il se souvient d'avoir vu cette en-

fant avec une tumeur érectile qui occupait la moitié de la tête; il se souvient aussi que l'avis à peu près unanime des membres de la Société avait été de ne rien faire. La vaccination faite à la circonférence de la tumeur a eu un résultat inattendu; mais, de même que M. Robert, M. Nélaton ne saurait l'attribuer à l'emploi de ce moyen. Il est étonné, comme lui, de l'aspect qu'offrent les cicatrices, et, n'en comprenant pas la formation, il voudrait, pour l'expliquer, savoir exactement ce qui s'est passé depuis les trois années pendant lesquelles la petite malade n'a pas été revue par M. Marjolin.

Ce tissu inodulaire serait-il, par exemple, le produit d'une ulcération analogue à celle qu'a décrite A. Bérard, et qui est susceptible d'amener la guérison des tumeurs érectiles ?

Quant à lui, il croit nécessaire de garder de la réserve sur l'interprétation de ce fait, en attendant les détails ou les documents qui lui manquent.

M. Chassaignac peut donner un renseignement utile sur la petite malade, qu'il a eu occasion de voir. Il a su de la mère que son enfant avait fait une chute sur la tête peu de temps après la vaccination, et que cet accident avait donné lieu à une inflammation assez vive suivie de suppuration.

Mais M. Chassaignac n'en considère pas moins le résultat obtenu par M. Marjolin comme très beau en lui-même, et comme encourageant aussi pour la vaccination. Il attache seulement de l'importance à pratiquer les ponctions sur les limites de la tumeur et non sur la tumeur elle-même, qui, dans ces cas-là, ne paraît plus être dans des conditions favorables à la guérison. C'est ainsi qu'il a essayé deux fois la vaccination en l'appliquant sur la tumeur elle-même, chez un enfant de deux mois non vacciné; mais il n'en a obtenu aucun effet. Le procédé suivi par M. Marjolin semble devoir être, au contraire, bien plus efficace, surtout pour les tumeurs à large surface.

M. Morel-Lavallée s'explique comment il peut se faire que l'on doute du résultat de la vaccination; il a vu, en ville,

avec M. Rayer, une tumeur érectile du cuir chevelu, à laquelle il a appliqué lui-même la vaccination. Or, il a fallu l'espace d'une année pour constater une diminution sensible de cette tumeur, qui s'est affaissée ensuite complétement. L'effet de la vaccine serait donc bien réel, bien marqué, mais il ne serait que consécutif.

Quant au cas de guérison présenté par M. Marjolin, M. Morel est porté aussi à en attribuer le résultat à l'inflammation suppurative qui a suivi la contusion.

M. Guersant ne pense pas que l'inflammation produite par douze ou quinze piqûres faites avec une aiguille chargée de vaccin ait pu être assez étendue pour agir sur une aussi large plaque de tissu érectile. Il faut qu'une inflammation consécutive spontanée ou même produite par quelque contusion se soit développée dans cette tumeur. C'est de cette manière que les larges cicatrices qui existent peuvent s'expliquer. M. Guersant ajoute que des piqûres vaccinales donnent souvent lieu à une inflammation assez intense, mais que dans certaines circonstances cependant l'effet se borne à la circonférence des tumeurs, et que le centre n'est pas modifié.

Il vaccine souvent dans ces cas, et il a toujours l'attention de faire les piqûres à la limite de la tumeur, afin de ne pas avoir de sang. Dans deux cas, après avoir fait cinq ou six piqûres autour de la tumeur de la largeur d'une pièce de 2 fr., il a remarqué que le centre de la tumeur avait résisté à l'action du vaccin, et qu'il avait été obligé de terminer la guérison par un autre moyen, cautérisation ou ligature.

M. Guersant s'appuie sur ces faits pour dire que, dans le cas cité par M. Marjolin, la vaccination seule n'a pu modifier complétement la tumeur, et qu'une autre influence a dû intervenir pour aider l'effet du vaccin.

M. Gosselin croit qu'il est important de discerner dans quelles régions existent les tumeurs érectiles, parce que les succès obtenus par le traitement peuvent être constatés pour

le tronc et pour les membres plutôt que pour la face, comme le démontrent aussi les cas de guérison spontanée.

M. Monod trouve que, chez l'enfant présenté par M. Marjolin, l'on a tort de considérer comme résultat de cicatrices les brides blanchâtres disséminées sur la surface occupée précédemment par la tumeur érectile. Il les considère comme un produit particulier du travail de la guérison, et il fonde son opinion sur ce qu'il a observé chez des enfants guéris spontanément de tumeurs érectiles, sans qu'ils aient été exposés aux chances d'une inflammation suppurative.

M. Monod cite trois exemples de cas de guérison spontanée: dans l'une, la tumeur siégeait au mamelon; dans l'autre, elle était située près de l'apophyse mastoïde; et, dans la troisième, elle se trouvait sur l'oreille.

M. Huguier fait observer que, si M. Monod considère le retrait de la tumeur sur elle-même comme un mode de guérison possible dans certains cas, on ne saurait admettre qu'il en soit ainsi chez l'enfant présentée par M. Marjolin. En effet, le travail de suppuration qui s'est établi dans ce cas particulier ne permet pas de douter de son influence sur la guérison.

M. Huguier a eu occasion d'examiner les nombreux documents que possède l'Académie de médecine sur les vaccinations; il en a extrait plusieurs exemples de tumeurs érectiles guéries par ce moyen, et il les fera connaître à la Société de Chirurgie dans une prochaine séance.

M. Larrey, en écoutant avec attention ce qu'a dit M. Monod de la guérison spontanée des tumeurs érectiles, s'est souvenu d'un fait qu'il a eu occasion de voir avec un médecin de province, il y a déjà une quinzaine d'années. Un enfant âgé seulement de dix-huit à vingt mois présentait un peu au-dessous de l'ombilic une tumeur érectile du volume d'une noisette et bien caractérisée. L'expectation parut devoir être la seule indication provisoire; mais au bout de quelques mois la tumeur avait diminué spontanément d'une manière sensible, et plus

tard elle avait disparu tout à fait. A la place qu'elle occupait se forma une plaque étoilée, blanchâtre, comparable jusqu'à un certain point au tissu de cicatrice d'une brûlure étroite et superficielle.

M. Morel comprend que dans le cas cité par M. Larrey la guérison soit explicable par un mode particulier de cicatrice, mais elle lui semble offrir des difficultés pour les cas rapportés par M. Monod.

M. Monod fait observer que dans ces cas-là il faut admettre nécessairement une altération de la peau, puisque les tumeurs se sont déprimées peu à peu.

M. Guersant a observé plusieurs tumeurs érectiles guéries spontanément, entre autres fois chez une petite fille qui en avait une à la lèvre, et que M. Danyau a vue avec lui.

M. Marjolin, en présentant ce cas à la Société, n'a pas eu la pensée d'attribuer seulement à la vaccine un tel résultat de guérison, mais il a songé aussi à faire connaître la part qu'a pu y prendre l'inflammation. La principale influence n'en serait pas moins due, selon lui, à la vaccination, tandis que la suppuration consécutive à la contusion en aurait déterminé l'effet définitif. Et la preuve, selon lui, qu'il en a été ainsi, c'est que les points qui n'ont pas été soumis à des piqûres d'inoculation, offrent encore des saillies partielles de la tumeur.

M. Loir émet l'idée que la conséquence pratique de ce fait devrait être de seconder l'emploi de la vaccination par le broiement sous-cutané.

M. Chassaignac tire une conclusion de ce fait curieux, et il pense qu'il offre deux points importants à examiner comme étude :

1° Vaut-il mieux vacciner à la surface ou à la circonférence des tumeurs érectiles ?

2° Quel est le mode de guérison dans les cas de ce genre, et quel peut être le tissu qui succède à la tumeur, si ce tissu n'est point l'effet de la suppuration ?

M. Marjolin répète qu'il a eu l'intention et le soin de vacciner la tumeur à sa circonférence au lieu de la vacciner dans son centre, afin de ne pas perdre le vaccin. Il ajoute que son père professait le même principe.

M. Morel rappelle d'abord que le précepte de cerner la tumeur avait été donné déjà par J.-L. Petit. Il soutient ensuite que l'aspect blanc mât de la peau dépend, non pas d'un tissu cicatriciel, dont la formation lui paraît impossible dans la guérison spontanée des tumeurs érectiles, mais de la distension antérieure de la peau sur la tumeur. Ces plaques ont la même origine que les éraillures de la peau de l'abdomen dans la grossesse.

M. Forget fait observer que M. Monod, absent, n'a pas prétendu qu'il y eût là un tissu cicatriciel.

La discussion d'ailleurs n'est pas poussée plus loin.

— M. Loir commence la lecture d'un mémoire ayant pour titre : *Du cathétérisme forcé et de l'emploi des bougies dans les rétentions complètes d'urine.*

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, H. L.

Séance du 8 *mai* 1850.

Présidence de M. Deguise père.

Correspondance.

Le doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg adresse à la Société une lettre de remercîments pour l'envoi de ses mémoires.

— M. Alex. Goschen, rédacteur en chef de la *Gazette Médicale de Berlin*, offre un exemplaire de son journal, qui se compose de plusieurs numéros. (M. Danyau se chargera d'en rendre compte.)

— La Société nationale de médecine de Marseille envoie le procès-verbal de sa séance publique et le compte-rendu de

ses travaux pendant l'année médicale de 1848-1849, par le Dr Pierson, secrétaire général. (M. Larrey en fera l'analyse.)

Plaies de la face, de la poitrine et de l'abdomen par tentative de suicide.

M. Huguier communique une observation qui peut faire suite à la discussion de la dernière séance.

Il a reçu, ce matin même, dans son service, un ouvrier qui avait voulu se suicider. Cet homme s'était tiré un coup de pistolet sous le menton; mais, par une déviation de l'arme, la balle s'est dirigée vers la région superficielle, en perforant seulement la peau avec déchirure de la lèvre supérieure. Il s'était en outre donné trois coups de couteau à la partie antérieure du tronc. De ces trois plaies, deux se trouvaient situées sous les fausses côtes de la région latérale gauche de la poitrine. La troisième plaie correspondait du même côté à la région épigastrique; elle avait 2 centimètres d'étendue, une forme triangulaire, et elle livrait passage à une portion d'épiploon qui se laissa réduire aisément. Un fait particulier à noter, c'est que le doigt, introduit dans la blessure, rencontrait bien l'orifice interne à travers lequel l'épiploon était refoulé, mais il offrait des adhérences dans un point, et ne pouvait ainsi rentrer librement dans la cavité abdominale. M. Huguier attribua ces adhérences à quelque affection antérieure; et ayant reconnu que l'orifice externe de la plaie était plus étroit que l'orifice interne, il l'élargit un peu par un débridement. Il passa ensuite quatre fils dans les parties profondes, et fit une autre suture par-dessus celles-là, pour mieux les assujettir.

Le blessé cependant se trouve dans de mauvaises conditions; il a le pouls affaibli, battant à peine cinquante fois par minute; il a la face pâle, altérée; il est dans un état comateux qui, en un mot, laisse peu d'espoir, et pourra le faire succomber.

M. Huguier, en présence d'un cas aussi grave, s'est de-

mandé si l'une des deux plaies sous-costales ne serait pas compliquée d'une lésion du péricarde ou de la plèvre ? Il ne serait même pas éloigné de croire qu'un second coup de feu tiré dans la bouche n'ait produit une commotion cérébrale ou des désordres dus à une fracture, mais impossible à constater, à cause du resserrement extrême de la mâchoire. Il n'a donc pu, à cet effet, examiner la cavité buccale, et il n'a pas cru devoir sonder les plaies de la poitrine, en raison de la réserve que commandent les explorations de cette nature.

M. Larrey désire appeler l'attention de la Société sur l'une des circonstances signalées par M. Huguier dans ce cas de suicide.

« M. Huguier, dit-il, a supposé qu'un coup de pistolet tiré dans la bouche avait pu déterminer des accidents de commotiou cérébrale ou quelque lésion profonde en fracturant les os, sans qu'il lui fût possible de s'en assurer, à cause du resserrement de la mâchoire. J'ai peine à comprendre que cela puisse être ainsi ; car un coup de feu tiré dans la bouche tend, au contraire, à laisser les mâchoires écartées, quels que soient les effets de la blessure.

» Quant à la commotion cérébrale en elle-même, elle peut effectivement avoir lieu dans ces cas de suicide sans que la plaie par arme à feu offre nécessairement des signes appréciables à l'extérieur; mais ce n'est pas là, tant s'en faut, le cas ordinaire ; souvent aussi les accidents cérébraux primitifs ne sont nullement proportionnés aux effets locaux traumatiques ; et dans bien des cas, enfin, on n'observe pas un seul des symptômes attribués à la commotion cérébrale, malgré les mutilations de la face les plus profondes ou les plus étendues.

» J'ai eu l'occasion récente, ajoute M. Larrey, de communiquer sommairement à la Société un fait de blessure compliquée de la face par arme à feu dans une tentative de suicide; eh bien! par une de ces coïncidences connues de tous les chirurgiens, un second cas semblable et à peu près

aussi grave s'est présenté quelques jours après au Gros-Caillou. Or, ni l'un ni l'autre de ces deux blessés n'a éprouvé d'accidents immédiats vers le cerveau, et leur guérison a été assez prompte, sauf la difformité secondaire de la face. »

Du cathétérisme forcé, etc.

M. Loir termine la lecture de son mémoire *sur le cathétérisme forcé et sur l'emploi des bougies dans les rétentions complètes d'urine.* Il a eu simplement en vue d'exposer l'état actuel de la science sur cette question, et de reproduire devant la Société de Chirurgie les progrès de l'art dans le traitement des rétentions d'urine produites par rétrécissement de l'urètre, et dans la préférence qu'il faut accorder aux bougies sur le cathétérisme forcé.

Une discussion s'engage à ce sujet ; mais après plusieurs remarques faites par MM. Huguier, Robert, Gosselin, Danyau et Larrey, M. le président décide, sur la proposition de MM. Lenoir, Forget et Morel-Lavallée, qu'il est inutile de reproduire cette discussion dans le procès-verbal.

De la commotion cérébrale.

M. Fano, aide d'anatomie de la Faculté de Médecine, communique et lit quelques extraits d'un travail intitulé : *Mémoire sur la commotion du cerveau*, ou *Recherches historiques, expérimentales et cliniques, pour servir à l'histoire de la commotion du cerveau.*

Ce mémoire comprend deux parties. Dans la première, M. Fano étudie la question des lésions traumatiques de l'encéphale au point de vue historique. Il a examiné successivement les doctrines qui ont régné sur ce sujet à diverses époques, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours. Après avoir accordé une large part aux travaux de MM. Gama, Sanson, Malgaigne, etc., il résume les idées généralement acceptées aujourd'hui, et il conclut qu'on admet trois ordres d'altérations; savoir : les épanchements sanguins, la contusion du cerveau

et la commotion. Il démontre que tous les chirurgiens s'accordent à reconnaître dans la commotion une absence de lésion anatomique dans l'encéphale, bien que cet état soit caractérisé par des troubles fonctionnels sur la nature desquels tout le monde est d'accord. C'est à l'examen de cette dernière opinion qu'est consacrée la seconde partie du mémoire. M. Fano a donc cherché à résoudre successivement ces deux questions :

1° Existe-t-il une commotion grave, c'est-à-dire caractérisée par un anéantissement subit des facultés sensoriales et locomotives, par la mort rapide, sans que ces désordres fonctionnels soient accompagnées d'aucune lésion de l'encéphale?

2° Existe-t-il une commotion légère, c'est-à-dire une série de troubles fonctionnels se dissipant rapidement, et qui ne sont caractérisés par aucune lésion de l'encéphale?

Pour répondre à la première question, M. Fano a recherché les arguments et les faits sur lesquels on avait fondé cette opinion. Il est arrivé, après de nombreuses recherches, à cette conclusion, qu'il n'existe dans la science qu'un seul fait authentique de commotion grave ; ce fait appartient à Littre. Il a fait voir que ce fait lui-même était attaquable, et pour l'attaquer il s'est appuyé sur l'autorité de Blandin. Il a également fait voir que la seule expérience qui ait été faite pour éclairer cette question était insuffisante pour en juger.

M. Fano a ensuite examiné la doctrine de la commotion grave au point de vue physiologique, en s'étayant de l'autorité de Lorry, de MM. Flourens et Longet. Il a établi qu'une mort instantanée résultant d'une lésion traumatique de l'encéphale ne pouvait être déterminée que par une lésion du bulbe rachidien ; d'où il lui semble permis de conclure que la doctrine de la commotion grave est inadmissible.

Il a entrepris une série d'expériences sur des chiens et des chevaux, dans le but d'étudier les phénomènes de la commotion grave, et chez ceux qui sont morts assommés, il a constamment observé une hémorrhagie dans le tissu cellulaire

sous-arachnoïdien autour du bulbe, lésion de nature à expliquer ce résultat.

M. Fano considère donc comme insuffisants les faits sur lesquels on a basé la doctrine de la commotion, et il la rejette parce qu'il la trouve en contradiction formelle avec ses expériences. Il a eu recours aussi à l'expérimentation pour répondre à la seconde question. Ses expériences ont consisté à produire des effets de commotion plus ou moins légère sur des animaux; et après avoir laissé à ceux-ci le temps nécessaire pour recouvrer leurs facultés motrices et sensoriales, il les a fait périr d'hémorrhagie. L'examen immédiat de leur cerveau lui a révélé des lésions variables, caractérisées tantôt par la présence d'un petit caillot sanguin autour du bulbe, tantôt par une simple congestion de la substance encéphalique.

En rapprochant ces expériences des observations rapportées par Sanson, Blandin, MM. Chassaignac et Nélaton, M. Fano est arrivé aux conclusions suivantes, qu'il a formulées ainsi :

« 1° Une violence extérieure exercée sur le crâne peut déterminer des effets variables, en raison de l'intensité même de la cause contondante.

» 2° Lorsque la mort survient instantanément ou quelques minutes après l'action de l'agent vulnérant, on trouve constamment dans l'encéphale une lésion que nos expériences nous ont apprise, à savoir, une hémorrhagie autour du bulbe rachidien, c'est-à-dire autour du point central du système nerveux.

» 3° Lorsque la mort survient à une époque plus reculée, on peut encore rencontrer les mêmes lésions, ou bien on trouve dans l'intérieur de l'encéphale de petits foyers sanguins qui ne sont rien autre chose qu'une contusion de la substance cérébrale.

» 4° Lorsque la violence extérieure exercée sur la tête ne produit qu'une perte passagère des fonctions sensoriales et locomotrices, on ne rencontre dans la substance encéphalique

qu'une sorte de congestion, c'est-à-dire un engorgement des vaisseaux de l'encéphale caractérisé par la présence d'un nombre considérable de gouttelettes sanguines.

» 5° Comme conséquence de ces quatre propositions, il résulte que l'état morbide que l'on désigne sous le nom de commotion du cerveau est une pure création de l'esprit, et qu'en physiologie pathologique il faut admettre que les signes dits de la commotion sont ceux des épanchements sanguins ou de la contusion du cerveau. »

Après cette lecture, M. Fano répond aux questions qui lui sont adressées par quelques membres; par M. Lenoir, sur le siége des épanchements; par M. Huguier, sur le mécanisme de la percussion du crâne; par M. Larrey, sur les expériences de M. Gama relatives à la commotion.

Quant à la discussion du mémoire de M. Fano, M. le président annonce qu'elle aura lieu à l'occasion du rapport, qui sera fait par une commission composée de MM. Denonvilliers, Larrey et Gosselin.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, H. L.

Séance du 15 *mai* 1850.

Présidence de M. Deguise père.

Plaies multiples par suicide.

M. Huguier rend compte du résultat de la communication qu'il a faite à la dernière séance. Il veut parler du malheureux qui, après ses diverses tentatives de suicide, a encore cherché à se tuer par strangulation, dans la nuit du mercredi au jeudi. Il n'y a pas réussi, mais il a succombé à ses autres blessures le lendemain matin. Voici les lésions que l'autopsie a fait reconnaître :

La plaie de la face par arme à feu avait seulement dénudé l'os maxillaire inférieur, sans qu'aucune autre lésion plus profonde ait été produite.

Pour la plaie de poitrine, située dans la région précordiale, l'instrument tranchant avait traversé les cartilages des fausses côtes, et s'était arrêté à l'une des insertions du diaphragme, près du péricarde, sans le perforer.

Des deux plaies de l'abdomen, l'une, correspondant aussi à l'hypochondre gauche, pénétrait jusque dans l'arrière-cavité des épiploons, sans lésions graves; l'autre, placée à l'épigastre, avait donné issue à l'épiploon, et offrait des complications profondes. Le couteau avait traversé le lobe gauche du foie, lésé l'épiploon gastro-épiploïque, les artères gastro-épiploïque et pylorique, et ouvert le duodénum immédiatement au-dessous de la valvule pylorique. L'épiploon réduit était libre de toute adhérence avec la plaie. Un vaste épanchement de sang attestait que la mort était due à l'hémorrhagie.

Correspondance.

M. Giraldès, obligé de s'absenter pour quelque temps, demande un congé de deux mois qui lui est accordé.

— La Société reçoit le *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques* pour le mois de mai. Ce numéro contient les articles suivants de chirurgie :

1° Des injections potassiques pour prévenir l'infection purulente dans le traitement des abcès froids;

2° Traitement de l'hygroma par l'acétate de plomb, la compression, l'incision sous-cutanée multiple et le sel ammoniac;

3° Taille périnéale pour extraire un porte-plume et une tige de jonc introduits par l'urètre dans la vessie;

4° Clinique de la Charité, etc.

Traitement de l'ascite par les injections iodées.

M. Morel-Lavallée, au nom d'une commission composée, avec lui, de MM. Michon et Deguise fils, fait un rapport sur un mémoire de M. Boinet, intitulé : *Du traitement de l'ascite par les injections iodées.*

« Les injections iodées dans le traitement des hydropisies abdominales, dit M. le rapporteur en commençant, prennent chaque jour de l'importance par les nouveaux faits et les nouveaux travaux qui se produisent. »

Il fait mention tout aussitôt du mémoire de M. Boinet et de celui de M. Leriche, et d'une opération heureuse faite par M. Moissenet.

Pour apprécier la valeur des injections iodées, M. Morel croit utile de jeter un coup d'œil sur toutes celles de natures diverses qui ont été tentées dans le péritoine. Il renvoie la partie historique du sujet au livre de M. Velpeau, qui a pressenti l'importance de ce moyen, et il aborde immédiatement les faits pour juger la question. Ces faits portent sur des injections d'air, de protoxyde d'azote, de vapeur vineuse, d'eau, de décoction de quinquina, d'alcool et d'iode.

Pour les injections iodées, qui font l'objet spécial du mémoire, M. le rapporteur fait observer que, la plupart des faits ayant été réunis par M. Boinet, il n'en présente qu'une analyse très succincte. Ces faits sont au nombre de huit.

« En résumé, dit-il, nous avons passé en revue seize cas d'injections dans le péritoine; nous allons les récapituler brièvement sous leurs principaux rapports pour en faire ressortir la signification.

» Quoique le diagnostic n'ait pas été porté avec la précision à laquelle l'ont élevé les travaux de MM. Rostan et Pierry, il paraît cependant incontestable dans la plupart des cas. Nous en avons d'ailleurs signalé, chemin faisant, les éléments et les lacunes.

» L'ascite a été de nature très diverse : liée à la suppression des règles, à la suppression de la transpiration, à un engorgement de la rate ou du foie, à la suite de fièvres intermittentes, à la cyrrhose, à une affection du cœur, à une péritonite, qui parfois était purulente, sans que l'origine de l'hydropisie ait exercé d'influence sensible sur les résultats du traitement.

» Quant à l'injection, on a employé :

1 fois l'air.......................	sans effet;
4 fois le protoxyde d'azote...........	3 guér., 1 amélior.;
4 fois la vapeur vineuse.............	3 guér., 1 insuccès;
1 fois de l'eau de la décoction de quinq.	1 guérison;
1 fois de l'alcool étendu.............	1 guérison;
8 fois des préparations d'iode........	6 guér., 2 insuccès.

» En tout 18 opérations (je ne compte pas l'air), 15 guérisons, 1 amélioration, 2 insuccès, et aucun accident imputable aux injections.

» ..... Une seule injection iodée a toujours réussi, excepté dans uu cas où trois sont devenues nécessaires, et dans un autre où deux ont échoué..... Sur les 6 guérisons, on a noté trois fois des symptômes d'adhérences dans l'abdomen. Nous nous appesantissons davantage sur les injections iodées, parce qu'il est probable que ce seront elles qui entreront dans la pratique, malgré le résultat si séduisant des injections de protoxyde d'azote. »

M. Morel examine ensuite une question qui, dit-il, domine toutes les autres, et qui n'a été jusqu'ici touchée que par Broussais, c'est celle des indications; et il conclut de cet examen qu'il est très difficile, sinon impossible, de fixer *à priori*, sur de simples vues spéculatives, les espèces d'ascites qui repousseraient les injections. « Il n'y a, continue-t-il, qu'une expérience clinique, conduite dans les limites de la prudence, qui puisse résoudre de telles questions. »

Voilà, dit M. le rapporteur, une partie des points dans l'examen desquels nous aurions voulu que M. Boinet fût entré, et qui ne pouvaient être que signalés dans un rapport; mais, en somme, la conclusion à laquelle il est arrivé nous paraît justifiée par les faits qui lui servent de base, et par ceux que nous en avons rapprochés. Les injections iodées dans le péritoine, qu'il a contribué à mettre à l'ordre du

jour, nous semblent mériter toute l'attention des chirurgiens.

Quant à la composition du travail, on pourrait désirer un cadre plus large, plus de développements, une discussion plus approfondie des divers éléments du sujet; mais l'auteur, se proposant de revenir plus tard sur les injections iodées avec de nouveaux faits, s'est borné à rapporter ceux que possédait la science, et à en tirer des déductions favorables à cette opération.

M. Morel rappelle que M. Boinet, à l'appui de sa candidature, a publié plusieurs travaux intéressants, et entre autres, un Mémoire sur les causes et le mécanisme de l'abaissement de la hanche dans la coxalgie et autres affections des membres inférieurs; un Traité du strabisme et de la myotomie oculaire, et un Mémoire sur l'extraction des corps étrangers aigus du canal de l'urètre. Il ajoute que l'auteur a pris une part honorable aux concours de l'Ecole et des hôpitaux.

« En conséquence, la commission propose :

1° De renvoyer le travail de M. Boinet au comité de publication, et d'engager l'auteur à poursuivre ses recherches sur les injections iodées;

2° D'admettre M. Boinet au nombre des membres titulaires de la Société de Chirurgie.

M. le président, avant de mettre ces conclusions aux voix, annonce que la discussion est ouverte sur le rapport.

M. Debout la commence ainsi :

« Lorsqu'une médication nouvelle se produit, elle est enregistrée par la presse. Les expérimentations se répètent; les cas se multiplient. Vient alors un des auteurs qui groupe autour de son fait particulier toutes les observations publiées; et comme il n'a sous les yeux que des exemples de succès, il arrive à en tirer des conclusions erronées. Dans cette marche habituelle des choses il n'y a pas grand péril, si ces conclusions restent l'œuvre d'un seul; mais qu'elles reçoivent la

consécration d'une Société, telle que la Société de Chirurgie, il y a danger pour elle et pour la pratique médicale.

» Tant que la médication n'a pas été formulée, dit M. Debout, les médecins qui ont été témoins des insuccès ne les pallient pas; mais aussitôt qu'ils voient la responsabilité de leurs confrères entraînée trop loin par l'interprétation incomplète des faits, ils publient leurs propres observations. On voit alors se produire une nouvelle série de faits qui montrent combien l'on s'était trop avancé.

» N'en serait-il pas de même pour les injections iodées comme traitement de l'ascite, et peut-on conclure à une semblable innocuité que celle dont il s'agit à présent? Je ne le crois pas.

» Je connais, ajoute M. Debout, un fait d'injection pratiquée par un médecin instruit de nos hôpitaux et suivie promptement d'un funeste résultat, malgré toutes les précautions dont ce savant confrère s'était entouré. Nul doute que la discussion qui se produit aujourd'hui n'engage M. Bazin à publier cette intéressante observation et à nous fournir un élément de plus pour juger la question qui est soulevée ici, car, avec les restrictions qu'elle impose, on ne présentera pas les injections iodées dans la cavité péritonéale comme jouissant d'une innocuité presque semblable à celles que l'on pratique dans la tunique vaginale. »

M. Vidal (de Cassis) considère la question soumise à la Société de Chirurgie comme fort grave, parce qu'elle engage sérieusement sa responsabilité. Le premier point, qui à son sens domine tous les autres dans cette question, serait de savoir s'il convient de traiter l'ascite par les injections iodées. Or, les éléments nécessaires à l'appréciation de ce moyen lui paraissent insuffisants pour en juger la valeur et surtout pour en accepter l'emploi. Il faudrait préciser, spécifier la nature des lésions qui, empêchant les rapports proportionnels de l'exhalation et de l'absorption de la sérosité péritonéale, provoquent la formation de l'hydropisie ascite; il fau-

drait indiquer les diverses circonstances qui précèdent, accompagnent ou compliquent l'épanchement; il faudrait, enfin, tenir compte de la valeur ou de l'insuffisance des médications relatives à chacun des cas, et pondérer autant que compter les guérisons obtenues par la simple ponction pour établir quelques règles positives à l'égard des injections d'iode.

Il y a en effet, dit M. Vidal, des cas de ponctions successives et multiples sans succès d'abord, tandis que plus tard le résultat d'une dernière ponction a été favorable. Il cite à ce sujet l'observation d'un ancien député, qui supporta vingt ponctions inutilement et qui guérit enfin après la vingt et unième. Or, ces exemples ne sont pas rares, et il faudrait, ajoute M. Vidal, signaler les insuccès, comme on s'empresse de signaler les réussites par les injections iodées; il faudrait, en un mot, comparer les résultats des ponctions simples ou sans injection à ceux des ponctions composées ou avec injection.

M. Giraldès fait remarquer que M. Morel lui-même a signalé le défaut ou l'oubli des indications dans les observations de M. Boinet. Elles manquent en effet des données étiologiques nécessaires à l'appréciation de la thérapeutique. C'est à tâtons pour ainsi dire que l'on a fait les injections, tandis que l'on aurait dû tenir compte des autres méthodes de traitement. La compression, par exemple, a procuré aussi des guérisons, et d'autres moyens accessoires ont réussi encore.

M. Giraldès combat la conclusion de renvoyer le mémoire au comité de publication, à moins que des expériences ne soient faites à l'appui de l'opinion soutenue par l'auteur; mais, à en juger par la lecture de ce mémoire et d'après le rapport de M. Morel, l'œuvre de M. Boinet se réduirait à la proposition d'employer les injections d'iode dans l'ascite sans une démonstration suffisante des faits à l'appui de cette proposition.

M. Gosselin voudrait aussi que M. le rapporteur donnât des détails plus circonstanciés sur la substance du mémoire, afin

que l'on pût savoir ce qui appartient en propre à M. Boinet.

M. Robert se joint à ses collègues en regrettant le défaut d'analyse du travail qu'il ne connaît nullement.

Il a entendu M. Morel dire que l'air était la source de graves accidents, et il reconnaît cette assertion comme vraie sous quelques rapports, mais il la croit contestable à d'autres égards.

Il s'étonne que l'on ait relaté autant de cas de guérison, à moins que ces résultats ne soient incomplets ou que les insuccès ne soient restés cachés.

M. Robert dit que M. Bonnafond, chirurgien-major de l'hôpital militaire d'Arras, ayant envoyé à l'Académie de Médecine un mémoire sur le traitement de l'hydrocèle par la vapeur d'ammoniaque, il a voulu lui-même, comme rapporteur du mémoire, essayer le moyen proposé par l'auteur; or il n'a obtenu qu'un succès provisoire qui s'est démenti, et, d'après le résultat définitif, M. Robert a donc sagement différé de faire son rapport.

M. Morel répond aux objections qui viennent de lui être adressées qu'il a précisément fait les mêmes critiques, émis les mêmes doutes. Regrettant que M. Boinet n'ait pas exposé dans son mémoire les autres modes d'injection, il a cru, lui, devoir le faire dans son rapport.

Une seule objection lui semble sérieuse, c'est celle de M. Debout : il y a des insuccès inconnus, sans doute, par les injections iodées, mais il en est ainsi de bien d'autres injections.

Quant au reproche que lui a adressé M. Vidal, de n'avoir pas indiqué les altérations productrices de l'hydropisie, M. Morel les a énoncées. Il fait remarquer d'ailleurs que, d'après le mémoire, toutes les ascites, quelle qu'en soit la cause, sont susceptibles de guérison par les injections iodées. Ce serait donc, selon lui, une très heureuse méthode que celle-là.

Quant à la guérison obtenue par de simples ponctions, elle ne lui semble admissible que dans des cas rares.

Enfin, dit M. Morel, c'est là sans doute un problème à résoudre, mais il est basé déjà sur des faits authentiques.

M. Forget ne conteste aucunement les guérisons obtenues par les injections iodées ; il doit en croire l'appréciation faite par M. le rapporteur. Mais il n'est pas bien fixé sur ce que M. Morel entend ici par guérison ; et il lui demande ce que sont devenues les lésions causes de l'hydropisie ? Les observations le disent-elles ? Les malades ont-ils été revus ? Quels ont été enfin les résultats ultérieurs ? C'est là ce qu'il serait bon de savoir.

M. Giraldès fait remarquer que M. Morel a insisté sur les 16 cas de guérison, mais qu'il ne semble pas avoir fait attention à la différence des périodes. Certains cas, par exemple, se sont offerts à vingt ans d'intervalle ; et on se contente de dire : le malade est guéri, sans qu'on l'ait revu. Cela ne suffit pas.

Les observations restent donc incomplètes, et peuvent servir tout au plus de pierre d'attente avant d'établir une conclusion définitive.

M. Marjolin, sans critiquer le travail de M. Boinet, s'étonne que M. Morel ait généralisé la guérison de l'ascite. En effet, le plus ordinairement l'ascite est, comme on le sait, symptomatique d'une affection incurable ; tels sont les cas de cyrrhose et d'autres encore. Il ne suffit donc pas de guérir un symptôme. Toutes les lésions d'ailleurs intéressant le péritoine sont sérieuses. L'hydrocèle même ne serait pas à l'abri d'accidents. Il y a à craindre une inflammation que l'on ne peut modérer ; et rien, dans le mémoire dont il s'agit, ne fait connaître les symptômes qui ont suivi l'injection. Or, dit M. Marjolin, comme c'est un travail médico-chirurgical, on doit prendre garde d'aller trop loin dans les conclusions pratiques.

M. Morel ne peut accepter les reproches adressés par plusieurs de ses collègues au travail de M. Boinet, de fournir des faits incomplets. Il en a recherché les détails avec soin, en

remontant aux sources de chaque observation ; il en a signalé le côté défectueux et présenté un résumé exact. Quant à l'effet indirect de l'injection, ce moyen ne peut, de toute évidence, guérir la cause de l'ascite.

La comparaison qui vient d'être faite entre cette hydropisie et l'hydrocèle lui semble enfin tout à fait inexacte.

Reconnaissant, toutefois, que M. Boinet n'a pas fini son travail, M. Morel vient de convenir avec ses collègues de la commission qu'il n'y avait pas encore lieu de renvoyer le mémoire au comité de publication avant que l'auteur ne l'ait complété par de nouvelles recherches ; mais, d'accord aussi avec eux, il soutient la proposition d'admettre M. Boinet parmi les membres de la Société de Chirurgie.

MM. Giraldès, Vidal, Robert, Gosselin, Lenoir et Larrey ont, à l'égard de cette distinction, quelques remarques inutiles à reproduire au procès-verbal.

M. le président, pour clore enfin la discussion, met aux voix la première conclusion du rapport, à savoir : d'encourager M. Boinet à continuer ses recherches sur le *traitement de l'ascite par les injections iodées.* Cette conclusion est adoptée.

La seconde conclusion, étant relative à l'admission de M. Boinet, sera votée à la prochaine séance, à laquelle sont convoqués tous les membres de la Société.

Quant au rapport de M. Morel-Lavallée, il sera renvoyé au comité de publication.

Lipome du bras.

M. Marjolin présente un énorme lipome qu'il a enlevé le matin même à la face interne du bras, chez un malade de l'hôpital de Bon-Secours. Ce lipome pèse 2 kilog. 700 grammes. M. Marjolin en donnera l'observation dans une prochaine séance.

Emploi des serres-fines après l'ablation d'un kyste du cou.

M. Larrey communique un nouveau résultat de l'application des serres-fines de M. Vidal. Il s'agissait d'un kyste grais-

seux siégeant à la région cervicale postérieure chez un officier malade au Gros-Caillou. Ce kyste, ouvert et extirpé par une incision perpendiculaire de la base à la surface libre de la tumeur, offrait les caractères assignés au stéotome. La réunion immédiate des téguments divisés a été faite à l'aide de deux serres-fines de moyenne grandeur, sans autre pansement, et le lendemain matin l'adhésion était complète.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, H. L.

Séance du 22 mai 1850.

Présidence de M. Deguise père.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté, après quelques réflexions faites par MM. Huguier, Morel-Lavallée, Maisonneuve et Larrey sur la discussion relative à la candidature de M. Boinet.

Injection iodée dans le péritoine.

M. Debout, à l'occasion du procès-verbal, communique une note de M. Bazin sur l'observation citée par lui dans la dernière séance. Il s'agissait d'une injection iodée faite chez une femme dans la cavité péritonéale pour une hydropisie ascite, et suivie d'un funeste résultat. L'épanchement était symptomatique d'une affection du foie. Quatre ponctions furent faites à peu d'intervalle les unes des autres; la première le 14 février, la seconde le 13 mars, la troisième le 31 mars, et la quatrième le 19 avril. L'injection iodée fut employée après cette dernière ponction; la douleur occasionnée immédiatement fut peu vive; mais les symptômes d'une péritonite intense se déclarèrent le lendemain, et le 24 la malade succomba. On reconnut, à l'autopsie, les altérations caractéristiques de l'inflammation du péritoine.

M. Debout ajoute quelques mots à cette note sur l'insuffi-

sance des renseignements qu'elle contient ; mais il obtiendra de M. Follin, interne du service, l'observation complète.

M. Debout s'est reporté au travail lu à l'Institut par M. Velpeau sur les injections iodées dans les cavités closes, et il rappelle le résultat de ses expériences sur les animaux. Ainsi, l'iode mêlé au liquide de l'injection péritonéale déterminait promptement la mort s'il entrait pour plus d'un septième ou un tiers dans la composition du liquide, de telle sorte qu'il suffisait d'un cinquième d'iode pour que la mort fût inévitable. C'est pourquoi il est essentiel de préciser, dans les observations, à quelle dose l'iode est employé.

Correspondance.

MM. Robert, Michon et Marjolin, étant membres du jury de concours dont les séances ont lieu le mercredi au Bureau central, demandent un congé pour toute la durée de ce concours. (Accordé.)

M. Monod s'excuse de ne pouvoir assister à la séance, à cause de ses occupations comme membre du conseil des hospices et comme membre d'un jury d'examen à la Maison d'accouchement.

Election.

La Société, après avoir entendu quelques remarques de M. le président et de quelques-uns des membres touchant l'opportunité d'un vote immédiat sur la candidature de M. Boinet, se trouve en nombre suffisant, et procède à l'élection. Le résultat du scrutin donne au candidat la majorité des voix. En conséquence, M. Boinet est nommé membre de la Société de Chirurgie. M. le secrétaire est chargé de lui annoncer sa nomination.

Rapports verbaux.

M. Gosselin fait un rapport verbal sur une thèse offerte à la Société par M. M. Macquet, ayant pour titre : *Recherches*

cliniques sur l'inflammation des membranes séreuses et synoviales.

Cette thèse a le mérite de résumer avec exactitude l'état actuel de la science sur le sujet. Elle démontre l'analogie qui existe entre l'inflammation des séreuses et celle des synoviales, ainsi que le mode de propagation inflammatoire des membranes synoviales aux nerfs et à leur névrilème. M. Macquet a eu occasion de vérifier qu'il en était ainsi au genou pour le nerf poplité interne.

M. le rapporteur propose, comme conclusions : 1° de déposer cette thèse dans les archives de la Société ; 2° d'adresser une lettre de remercîments à l'auteur.

Ces conclusions sont adoptées.

— M. Larrey fait aussi un rapport verbal sur une brochure adressée à la Société, sous le titre de *Revue du progrès de l'Algérie.* Cette Revue comprend le bulletin officiel des travaux de la Société de Médecine d'Alger, et de quelques autres sociétés scientifiques.

« Les faits de chirurgie, les seuls, dit M. le rapporteur, qui doivent nous préoccuper, sont extraits des séances de la Société de Médecine d'Alger. Ils se réduisent aux indications suivantes :

1° Relation d'une névralgie oculaire épidémique, observée à Teniet-el-Haâd, fin de 1847, par M. Bertherand.

(M. Larrey fait remarquer à ce sujet que M. Bertherand a adressé cette relation manuscrite à la Société de Chirurgie, qui en attend le rapport.)

2° Note sur l'emploi avantageux de l'ergotine contre le prolapsus du rectum, par M. Trollier.

3° Observations d'hypérémie des sinus frontaux, par M. Bertherand.

4° Effets symptomatiques d'un calcul rénal remarquable par sa forme et certaines dispositions exceptionnelles. Observation de M. Négrin. (Cette observation seule est rapportée avec quelques détails.)

5° Considérations sur l'emploi du chloroforme dans divers cas d'accouchement, par M. Trollier.

M. Larrey fait remarquer, après l'énoncé de ces quelques travaux, que la position des médecins en Afrique les met souvent à même de rencontrer des cas de chirurgie dignes d'intérêt, soit aux ambulances et aux hôpitaux, soit parmi les Arabes, et il exprime le vœu que quelques-uns de ses confrères de l'armée veuillent bien faire connaître leurs observations à la Société de Chirurgie.

M. le rapporteur propose, en terminant, d'adresser une lettre de remercîments au directeur de la *Revue du progrès de l'Algérie.* Cette proposition est adoptée.

Trachéotomie dans le croup. Accidents après l'ablation de la canule.

M. Demarquay rappelle une communication de M. Guersant, relative à la trachéotomie dans un cas de croup ; opération qui fut suivie du passage des aliments à travers la plaie, lorsque la canule eut été retirée. Il a observé lui-même un cas récent de ce genre; voici dans quelles conditions : M. Demarquay fut appelé, il y a peu de jours, par un confrère pour pratiquer la trachéotomie chez un enfant atteint du croup. L'angine couenneuse avait affecté d'abord les amygdales, et s'était propagée ensuite aux voies aériennes. Un traitement assez énergique fut sans résultat, et le petit malade allait périr lorsque l'opération fut faite. Les suites immédiates en furent heureuses, et pendant quatre jours aucun accident ne survint, tant que la canule resta en place ; elle fut ôtée le cinquième jour, à cause d'un gonflement assez prononcé aux lèvres de la plaie du cou ; mais elle ne put être réintroduite,. lorsqu'on s'aperçut que les aliments passaient en partie à travers l'ouverture de la trachée. On essaya en vain de nourrir l'enfant, qui succomba le neuvième jour.

A l'autopsie, on trouva peu de chose vers les poumons; la trachée n'offrait non plus aucune altération dans toute son

étendue, mais au niveau de sa bifurcation existait un petit dépôt pseudomembraneux; le larynx était rempli de fausses membranes qui avaient sans doute empêché les cordes vocales de se contracter; l'épiglotte ne présentait rien de notable, non plus que l'œsophage.

M. Demarquay a conclu de ces lésions que la mort devait être attribuée sans doute à l'occlusion de la glotte.

Quelle conduite devait-il tenir en pareille occurrence? Il avait songé à l'emploi de la sonde œsophagienne pour injecter des substances nutritives dans l'estomac; mais il y a renoncé, dans la crainte de déterminer des accidents par le contact de l'instrument sur les parois enflammées du conduit alimentaire. Il avait opiné enfin pour la réintroduction de la canule dans la trachée; mais il a dû y renoncer aussi pour des raisons contraires à sa volonté.

M. Demarquay demande en un mot ce qu'il conviendrait de faire dans un cas semblable.

M. Maisonneuve croit que M. Demarquay s'est trop préoccupé des inconvénients de l'introduction d'une sonde dans l'œsophage. C'est une opération qui lui semble fort simple, si surtout on se sert de sondes en gutta-perka, dont la souplesse se prête au degré de ramollissement voulu. Le cathétérisme œsophagien serait donc, selon lui, la première chose à faire en pareil cas. Il l'a employé, dit-il, un grand nombre de fois chez les enfants, qui supportent facilement cette petite opération.

M. Demarquay ne pensait pas qu'elle fût aussi facile que l'annonce M. Maisonneuve.

M. Guersant considère les accidents survenus dans le cas dont il s'agit comme ayant pu dépendre des fausses membranes qui recouvraient les cordes vocales, et il suppose qu'en laissant la canule plus longtemps en place on en aurait obtenu plus d'avantages. Il rappelle que sur 48 opérations faites en ville par lui pour le croup, il a obtenu 7 guérisons, et que

dans chacun de ces sept cas, la canule est restée en place au moins une huitaine de jours.

Il pense en définitive que chez l'opéré de M. Demarquay la canule a été retirée de trop bonne heure.

M. Demarquay fait observer qu'il a cru devoir ôter la canule, d'après le conseil même des auteurs classiques. Elle lui semblait d'ailleurs inutile, d'après les bonnes conditions où se trouvait le malade, et il répète que, lorsqu'il a songé à la réintroduire, il en a été empêché.

M. Deguise fils remarque que le fait rapporté par M. Demarquay vient à l'appui de l'opinion qu'il a émise il y a quelque temps au sujet du passage des liquides à travers la trachée. « Ce passage, nous dit M. Demarquay, ne s'est effectué que » lorsque la canule fut retirée. C'est effectivement alors que » ce phénomène se manifeste, et il est regrettable que M. Demarquay n'ait pu mettre à exécution l'idée qu'il a eue de » réintroduire la canule, parce que très probablement les liquides ne se fussent plus écoulés par la plaie. »

M. Maisonneuve a souvent employé, comme il l'a dit, la sonde œsophagienne, et n'en a jamais vu d'inconvénients, si ce n'est dans un cas ou deux de rétrécissement de l'œsophage, qui se compliquèrent d'une inflammation vive par le contact de la sonde à demeure. Mais à part ces cas-là, et à moins de sondes trop peu flexibles, il n'a pas constaté un seul accident.

M. Deguise fils ne conteste point ce que M. Maisonneuve vient de dire de l'innocuité du cathétérisme œsophagien chez les enfants; il n'a aucune expérience personnelle à lui opposer à cet égard; mais quant à cette opération pratiquée chez les adultes, il affirme qu'elle présente souvent des difficultés réelles lorsqu'elle est faite surtout dans des conditions défavorables, comme chez les aliénés par exemple.

C'est même pour éviter des accidents d'érosion par l'emploi de la sonde ordinaire que M. Baillarger a imaginé une sonde

un peu différente et plus facile à introduire dans l'œsophage, en la faisant pénétrer par les fosses nasales.

M. Maisonneuve ajoute, à ce qu'il a dit précédemment, que dans des affections du pylore il a eu recours à la sonde œsophagienne pour vider l'estomac. Il l'a employée ainsi jusqu'à deux fois par jour chez quelques malades.

M. Deguise fait observer à M. Maisonneuve que ces faits-là ne sont pas en rapport avec celui dont M. Demarquay vient d'entretenir la Société.

M. Lenoir, rappelant aussi l'objet de la discussion, ne pense pas que l'observation de M. Demarquay soit le cas le plus ordinaire. Il a vu des malades éprouver de la difficulté dans la déglutition, non pas comme ici lorsque la canule avait été retirée, mais au contraire tant qu'elle restait en place.

« Quand on fait, dit M. Lenoir, la laryngo-trachéotomie, on divise, on écarte l'anneau cricoïdien, et on s'oppose aux mouvements que les différentes parties du larynx exécutent les unes sur les autres. La gêne augmente si l'inflammation s'accroît et persiste, la canule restant à demeure. Mais à la vérité il y a aussi des cas dans lesquels l'accident s'est prolongé après l'ablation de la canule.

Quant à la difficulté du cathétérisme œsophagien, M. Lenoir l'a éprouvée quelquefois, notamment dans un cas de brûlure du pharynx et du larynx chez un teinturier qui, par mégarde, avait avalé de l'acide sulfurique. Il lui fut impossible de faire pénétrer dans l'œsophage la sonde ordinaire, qui déterminait uue contraction spasmodique assez forte pour en oblitérer le conduit. Le malade a fini par mourir d'inanition. A l'autopsie, on fut étonné de trouver seulement les traces d'une brûlure superficielle, et on dut bien admettre que la contracture spasmodique de l'orifice œsophagien avait été l'unique obstacle au cathétérisme.

M. Larrey a rencontré la même difficulté chez une jeune femme qui lui avait été adressée à l'hôpital de la Clinique en-

1840, alors qu'il y suppléait M. le professeur Cloquet. Cette malade avait voulu, disait-on, s'empoisonner en buvant une certaine quantité d'acide sulfurique. Les accidents primitifs d'une brûlure, avec rétrécissement inflammatoire de l'œsophage, avaient fait place aux symptômes d'un rétrécissement à la fois organique et spasmodique, à tel point que le cathétérisme, s'il n'était absolument impossible, offrait chaque fois de grandes difficultés. La persistance de cet état sans amélioration sensible décida la malade à sortir de l'hôpital.

M. Maisonneuve comprend la difficulté du cathétérisme dans le cas que vient de citer M. Larrey, mais il s'en rend moins compte dans celui de M. Lenoir. Il a remarqué que le cathétérisme œsophagien fait à la légère ne réussissait pas, et il rappelle à cet égard les règles classiques que l'on doit suivre. Il ne conçoit pas, enfin, comment le spasme de l'œsophage peut être assez fort à lui seul pour s'opposer au passage de la sonde, et il demande à M. Lenoir s'il avait pris toutes les précautions désirables pour réussir.

M. Lenoir répond qu'il n'avait rien négligé à cet effet, et qu'il avait même eu recours au cathétérisme par les fosses nasales, moyen meilleur, selon lui, que par la cavité buccale; mais il avait une sonde trop grosse.

Quant au rétrécissement spasmodique en lui-même, M. Lenoir démontre que, les fibres longitudinales et les fibres transversales de l'œsophage étant en continuation avec le pharynx, le rétrécissement spasmodique de ce canal est aussi admissible que celui de l'urètre. C'est même pour ce motif qu'il a cité l'observation, dont le résultat d'ailleurs a prouvé l'exactitude.

M. Forget se souvient que M. Blanche fils a soutenu sur le cathétérisme de l'œsophage une thèse intéressante, dans laquelle il est question d'une sonde modifiée d'après celle de M. Baillarger pour les aliénés, ayant pour but de diminuer les chances d'accidents et de faciliter l'opération.

M. Larrey fait observer que, chez les aliénés, le cathété-

risme offre d'autres difficultés que les difficultés inhérentes à l'opération elle-même ou à l'état de l'œsophage. Il devient impraticable quelquefois par le refus absolu et invincible des malades, et la sonde même ingénieusement modifiée par MM. Blanche et Baillarger reste inapplicable. Il y a nécessité alors d'y renoncer ou d'essayer l'écartement forcé des mâchoires par quelque moyen mécanique, comme le bâillon imaginé tout récemment par M. Belhomme.

M. Larrey en appelle, du reste, à l'avis de MM. Deguise, tous deux si compétents en pareille matière.

M. Guersant revient au point de départ de la discussion, et pense que, dans un cas analogue à celui de M. Demarquay, on devrait introduire la canule, et que si, malgré sa présence, les accidents persistaient, il faudrait donner au malade peu de liquides et plutôt des aliments semi-solides (tels, particulièrement, que du macaroni, dont l'ingestion dans l'estomac lui a paru se faire avec plus de facilité que celle d'autres substances). Mais dès lors aussi on ne laisserait plus la sonde à demeure.

M. Demarquay termine cette discussion en reproduisant les principales circonstances du fait qu'il a communiqué.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, H. L.

Séance du 29 *mai* 1850.

Présidence de M. Deguise père.

Cathétérisme de l'œsophage.

M. Chassaignac, après la lecture du procès-verbal, et à propos du cathétérisme de l'œsophage, appelle l'attention de la Société sur un fait anatomique auquel il attache quelque intérêt. Il a remarqué à la limite postérieure des deux arcades dentaires, même chez les sujets pourvus de toutes leurs dents

aux deux mâchoires, un espace libre ou un vide suffisant pour permettre le passage d'une sonde élastique et son introduction dans la cavité pharyngienne. Cet orifice, un peu plus étroit chez certains individus que chez d'autres, n'empêche pas cependant la pénétration d'une sonde urétrale de moindre grosseur. Il suffit, pour engager la sonde, de la faire glisser le long de l'arcade dentaire jusqu'au delà de la dernière dent molaire.

M. Deguise fils ne sait pas si cette disposition est aussi générale que l'indique M. Chassaignac; mais il est bien certain qu'il y aurait impossibilité d'agir ainsi chez quelques sujets. Le cathétérisme œsophagien lui paraissant d'ailleurs beaucoup plus facile lorsqu'il est pratiqué par les fosses nasales, rend moins admissible l'introduction de la sonde par la cavité buccale, alors même que les arcades dentaires sont maintenues rapprochées l'une contre l'autre.

M. Deguise profite de ce qui vient d'être dit sur le cathétérisme œsophagien pour réparer un oubli dans la discussion de la séance dernière. On a fait mention de la sonde de M. Baillarger, ainsi que de la modification apportée au mandrin par M. Blanche fils; mais on a omis de parler d'un procédé fort ingénieux imaginé par un ancien interne de la maison de Charenton, M. le docteur Marchand.

Ce procédé consiste à introduire par l'une des narines une algalie en argent légèrement recourbée à l'une de ses extrémités, et un peu plus longue que le plancher des fosses nasales. Cet instrument étant maintenu en place, on fait glisser sur lui une sonde en gomme élastique à parois simples, terminée, d'un côté, par une extréminé en forme d'entonnoir, et de l'autre par un seul orifice à bords arrondis. La courbure de l'algalie a pour but de s'opposer aux deux principaux obstacles de l'introduction de la sonde œsophagienne :

1° Elle empêche l'extrémité de la sonde de venir s'arcbouter contre la paroi postérieure du pharynx, et d'y déterminer des pressions douloureuses, ou même des érosions, des

déchirures, des inflammations mortelles, lorsqu'on a besoin de recourir pendant longtemps à l'alimentation forcée.

2° Elle empêche encore la sonde de se dévier en avant et de pénétrer dans le larynx, comme cela arrive quelquefois quand on n'emploie pas de conducteur, et qu'il n'y a pas possibilité de faire ouvrir la bouche pour s'assurer de la direction de l'instrument.

M. Larrey rappelle que l'on a tenu compte depuis longtemps de la disposition signalée par M. Chassaignac comme fait général, à savoir, l'existence d'une ouverture située derrière les arcades dentaires, et la possibilité d'y faire pénétrer une sonde élastique. C'est surtout dans les cas de renversement extrême des mâchoires, comme dans le trismus, que l'on a conseillé, pour alimenter ou médicamenter les malades, d'introduire ainsi une sonde dans le pharynx, en lui faisant parcourir d'abord la courbure des arcades dentaires, pour l'engager ensuite, soit en arrière, dans l'espace libre qui s'y trouve, soit même avant, à travers l'échancrure formée par la perte de quelque dent.

MM. Vidal (de Cassis) et Huguier appuient la remarque faite par M. Larrey, en rappelant que Boyer, M. Velpeau et d'autres ont mentionné ce mode d'introduction de la sonde œsophagienne.

M. Morel-Lavallée a employé depuis longtemps un procédé qui lui paraît plus simple encore que celui de M. Marchand. C'était pour remplacer la sonde de Bellocq ; mais l'idée est égalemcnt applicable à la sonde œsophagienne. Ce procédé consiste à introduire par la fosse nasale une sonde de gomme élastique courbe, redressée par un mandrin droit. Une fois l'extrémité de la sonde arrivée contre la paroi postérieure du pharynx, on retire le mandrin, et la sonde, dont la concavité est tournée en avant, obéissant à son élasticité, s'abaissc et s'engage comme d'elle-même dans le pharynx.

M. Chassaignac fait observer que le point important pour le fait général qu'il a constaté par des expériences sur le

cadavre, c'est l'existence constante de l'ouverture, lors même que les arcades dentaires sont complètes.

M. Vidal revient sur la remarque précédemment faite, et se rappelle avoir lu dans l'ouvrage d'anatomie chirurgicale de M. Velpeau que si, dans le trismus, il y a impossibilité d'écarter les mâchoires pour faire boire le malade, on engage une sonde dans le pharynx en la faisant passer derrière les arcades dentaires.

M. Vidal ajoute que ce conseil a d'ailleurs été donné par d'autres, et se trouve reproduit dans divers ouvrages classiques.

M. Huguier, comme MM. Larrey et Vidal, ne pense pas que ce soit là une indication nouvelle. Il a entendu Marjolin donner le même conseil, lorsque la difficulté était trop grande pour passer la sonde autrement. On peut en effet agir ainsi chez les sujets qui ont toutes leurs dents, et on y réussit plus aisément chez ceux dont la dernière fausse molaire n'est pas poussée ; mais on peut éprouver quelquefois des difficultés. M. Huguier se souvient encore que Marjolin conseillait d'arracher une mauvaise dent pour frayer un passage à la sonde. C'est là, du reste, une disposition très variable.

M. Lenoir fait observer que le procédé de cathétérisme œsophagien cité par M. Deguise fils, d'après M. Marchand, n'est que l'application d'un procédé de cathétérisme urétral bien connu et imaginé par M. Amussat.

M. Deguise fils ne croit pas que l'on puisse comparer exactement deux opérations faites sur des parties et dans des conditions aussi distinctes les unes des autres. Il rappelle que M. Marchand n'agit comme il le fait que pour recourber la sonde droite.

M. Lenoir insiste sur la comparaison qu'il a faite, et soutient que le temps le plus difficile de l'opération, ce n'est pas de diriger la sonde vers l'œsophage, mais de l'y introduire.

La discussion n'est pas poussée plus loin sur ce sujet.

Correspondance.

M. Monod, retenu encore à une commission du Conseil des hospices, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

— M. Aymard, secrétaire de la Société académique du Puy, adresse le quatorzième volume des Annales de cette compagnie savante, sous le couvert du ministre de l'instruction publique.

M. Maisonneuve, chargé d'examiner ce livre, en rend compte aussitôt, en disant qu'il ne contient aucun travail, ni aucun fait à signaler sous le point de vue chirurgical.

M. Vidal, à peine convalescent d'une laryngite, demande l'ajournement du rapport qu'il devait faire sur une communication de M. Désormeaux.

Élections.

M. le président, eu égard au concours du Bureau central qui va s'ouvrir, en éloignant de la Société quelques-uns de ses membres, propose de procéder dans la prochaine séance à l'élection annuelle des membres du bureau. On n'attendrait pas ainsi jusqu'à la troisième semaine de juin fixée par le règlement, et le vote serait plus complet.

Cette proposition étant appuyée, M. le secrétaire écrira aux membres absents pour les convoquer à la séance du 5 juin.

Résection du coude.

M. Chassaignac fait successivement trois communications. La première est relative à une résection des extrémités osseuses de l'articulation du coude. Il a pratiqué cette opération le 2 mai, pour une tumeur blanche, chez un ancien militaire âgé d'une quarantaine d'années. Le procédé suivi par M. Chassaignac fut tel qu'il a été décrit dans le premier volume des *Mémoires de la Société de Chirurgie*. Une seule incision faite sur le côté externe du membre, permit de réséquer d'abord l'extrémité du radius, ensuite celle du cubitus, et enfin

celle de l'humérus, à l'aide de la scie à chaînette et du tire-fond. Le nerf cubital fut ménagé. L'opération assez laborieuse a évité un écueil fâcheux, la stagnation du pus dans le foyer de la plaie. Aucune ligature n'a été nécessaire, et il n'est point survenu d'accident; le membre se trouve dans de bonnes conditions, et après avoir fait craindre l'existence du cancer dans la tumeur blanche, il offre toutes les chances d'une guérison certaine. Les extrémités articulaires ainsi enlevées sont toutes les trois affectées de carie, et présentent des végétations stalactiformes; les cartilages sont presque entièrement détruits.

M. Chassaiguac a l'espoir de présenter plus tard à la Société le malade tout à fait guéri.

M. Demarquay lui demande comment il s'assure, par ce procédé, que le bistouri ne lèse pas le nerf cubital.

M. Chassaignac répond qu'il n'y a pour cela d'autre précaution à prendre que de raser les os de très près et de faire saillir l'extrémité inférieure de l'humérus.

Fistules alvéolo-dentaires.

La seconde communication de M. Chassaignac se rapporte à une fistule ancienne de la joue. Il a amené deux fois, avant et après sa guérison, un malade âgé de vingt-quatre ans, chez lequel une fistule s'est établie à la joue, secondairement à un abcès qui lui-même était la conséquence de l'avulsion d'une dent et de l'altération de l'os maxillaire. Cette fistule datait déjà de dix-huit mois sans avoir pu être guérie, et le malade désirait vivement en être débarrassé par une opération. A cet effet, M. Chassaignac se servit d'un ténotome pour couper le trajet de la fistule perpendiculairement à sa longueur, en décollant la joue de ses adhérences à l'os maxillaire, et en l'isolant ainsi des parties profondes; puis il introduisit un fil à travers la paroi buccale par l'ouverture de la fistule, fixa à l'extrémité de ce fil un bourdonnet de charpie qu'il entraîna entre les lèvres de la division pour oblitérer l'ouverture de la

perforation de la joue ; de telle sorte que la fistule externe fut convertie en une fistule interne. Ce résultat s'est heureusement effectué.

M. Huguier fait observer que ces fistules sont assez fréquentes et variables ; elles aboutissent ordinairement : d'une part, à la joue ; d'autre part, aux arcades dentaires ; elles ont été bien décrites par M. Duval sous le nom de *fistules alvéolo-dentaires*, qui exprime exactement leur origine et leur nature. L'indication, le remède, c'est d'arracher la dent malade.

M. Huguier a vu chez un jeune homme du monde une carie dentaire occasionner ainsi une fistule, qui avait été opérée sans succès une première fois par Lisfranc et deux fois ensuite par M. Lenoir, d'après le conseil de Marjolin.

Le malade, après ces récidives, vint consulter M. Huguier, qui commença par diviser l'extrémité interne du trajet fistuleux en détachant de l'os maxillaire la face postérieure de la lèvre inférieure. Cette incision amena la cicatrisation de l'orifice externe de la fistule, mais n'empêcha pas le pus de s'écouler par l'orifice interne entre les gencives et la dent malade. L'avulsion de cette dent fut faite ensuite par M. Oudet, qui assura ainsi la guérison définitive de la fistule.

M. Maisonneuve a fait une opération analogue à celle de M. Chassaignac. Une fistule provenant de l'arcade dentaire supérieure était entretenue par la racine d'une dent cariée, et l'avulsion de cette dent avait été tentée plusieurs fois sans succès par des dentistes. M. Maisonneuve, sachant que l'on n'avait pu agir par l'alvéole, fait une incision à la joue, et, ayant mis à découvert l'orifice de la fistule, il saisit et enleva la racine de la dent avec un ostéotome. Le succès fut ainsi complet par le décollement de la peau et par l'extraction du corps étranger.

M. Debout élève des doutes sur la valeur de cette incision, qui ne lui semble pas indispensable, tandis que l'extraction complète de la partie malade qui occasionne et entretient la fistule doit suffire à sa guérison radicale. Il a vu, entre autres

exemples à l'appui de cette opinion, un jeune enfant qui avait au menton une fistule d'apparence scrofuleuse aboutissant à une dent gâtée. Cette dent fut extraite, et la guérison s'effectua complètement sans que la peau eût été entamée.

M. Guersant pourrait citer trois ou quatre faits à l'appui de l'opinion soutenue par M. Debout. Il rapporte seulement l'observation d'une jeune personne considérée comme scrofuleuse en raison d'une fistule qu'elle avait depuis longtemps sous la mâchoire. L'exploration du trajet fistuleux, faite avec un stylet par M. Guersant, lui fit constater une perforation de l'os maxillaire et la carie de l'une des dents incisives. L'avulsion de cette dent fut faite par M. Toirac, et, en assurant la guérison de la jeune fille, elle lui permit de se marier.

M. Morel-Lavallée, en admettant que l'extraction de la partie malade soit le procédé le meilleur pour guérir ces fistules, trouve que, s'il était insuffisant, il devrait être remplacé par le procédé dont M. Chassaignac s'est servi, comme offrant les plus grandes chances de succès.

M. Demarquay, à l'appui de cette opinion, cite ce qu'il a vu chez une cliente de Blandin : c'était une fistule siégeant au menton et occasionnée par l'altération de la deuxième incisive. Plusieurs chirurgiens furent appelés, entre autres M. Cloquet, qui conseilla l'avulsion de la dent gâtée; cette opération fut faite, mais la guérison ne fut que provisoire, et la fistule se reproduisit.

M. Larrey a donné des soins, il y a deux ans, à un jeune homme que lui avait adressé M. Vaillant, membre du Conseil de santé, pour une fistule de la joue déjà ancienne, et que l'on avait essayé vainement de guérir par divers moyens, tels que les injections, la cautérisation, la compression et différents modes de pansement : une dent cariée avait même été extraite sans résultat pour cette fistule. L'exploration profonde de son trajet fit reconnaître enfin qu'elle était entretenue par la présence d'un fragment d'os éliminé de la mâchoire; l'extraction de ce petit séquestre fut facilitée par un débridement

sous-cutané de la fistule, et la cicatrisation se fit promptement.

Quant aux fistules exclusivement dentaires, M. Larrey ajoute que, tous les chirurgiens ayant été à même d'en observer des exemples, il lui semble inutile de prolonger davantage cette discussiun.

Traitement des abcès.

La troisième communication de M. Chassaignac est la lecture des conclusions d'un travail sur le traitement des abcès. En voici l'exposé très succinct :

Les parois d'un abcès chaud ou froid que l'on vient d'ouvrir peuvent être assimilées, selon M. Chassaignac, aux surfaces d'une plaie récente, et sont, comme celles-ci, susceptibles de se réunir par première intention, si, bien entendu, il n'existe point de cause permanente à la formation du pus, telle que la présence d'un corps étranger ou une altération des os. Il importe aussi que le foyer purulent soit circonscrit et que ses parois soient assez en rapport avec les tissus circonvoisins pour pouvoir s'adosser à elles-mêmes. Quant au mode de faire, M. Chassaignac pratique seulement une petite ouverture à l'abcès, et c'est par là qu'il fait sortir la totalité du pus ; il s'assure que le foyer est vide en y injectant de l'eau jusqu'à ce que le liquide ressorte sans aucun mélange de pus. Cela fait, le foyer purulent se trouve entièrement détergé, ses parois se rapprochent, s'unissent, se cicatrisent et la guérison est complète en deux ou trois jours ordinairement.

M. Vidal ne voit, dans le procédé de M. Chassaignac pour le traitement des abcès, qu'une modification de la pratique habituelle des chirurgiens ; car les différents moyens qui constituent ce procédé sont usités depuis longtemps, et se composent de trois éléments distincts et bien connus.

Ainsi, pour son compte, et depuis plus de dix ans, M. Vidal n'a peut-être pas fait une seule ouverture d'abcès avec le

bistouri ; c'est de la lancette qu'il se sert, en ne faisant que de petites ponctions.

On a également employé les injections aqueuses dans les foyers purulents pour favoriser leur détersion et le recollement de leurs parois.

Dans le même but, enfin, on a recours journellement à la compression, qui a été conseillée par les anciens.

Ainsi, selon M. Vidal, le mode de traitement que propose M. Chassaignac n'offre rien de nouveau, comme on pourra le démontrer si la discussion est réservée à ce sujet.

M. Chassaignac ne peut laisser sans réponse ce que vient de dire M. Vidal. Il lui reproche de défigurer la communication qu'il a faite, et de décomposer les trois éléments de son procédé pour les réduire à une valeur isolée qui en dénature l'ensemble. Le point essentiel de ce mode de traitement, celui auquel M. Chassaignac attache toute l'importance de sa communication, c'est d'obtenir l'adhésion immédiate d'un abcès ouvert ou sa réunion par première intention.

M. Vidal insiste sur la triple objection qu'il a faite aux trois éléments de cette proposition ; et il n'admet pas, comme le prétend M. Chassaignac, que l'on puisse assimiler la surface interne d'un abcès à une surface traumatique.

M. Huguier, enfin, demande une liste ou un tableau des cas dans lesquels M. Chassaignac a employé ce mode de traitement des abcès ; et en raison de l'importance du sujet, il demande le renvoi de la discussion à la prochaine séance.

Cette proposition est adoptée.

Bec-de-lièvre compliqué.

M. Guersant présente à la Société deux enfants opérés de bec de-lièvre compliqué, l'un depuis un an, l'autre depuis trois semaines. Les succès dans les cas de bec-de-lièvre simple sont nombreux ; mais dans les cas compliqués, il n'en est pas ainsi.

Le premier enfant, aujourd'hui âgé de sept ans, avait une

division très large de la lèvre; la voûte palatine et le voile du palais étaient divisés ; le vomer s'étendait en avant entre l'écartement de la lèvre, il chassait au-devant de lui l'os incisif jusqu'au bout du nez ; un lobule de peau partait de ce point et adhérait à l'os. M. Guersant, après avoir décollé ce lobule, excisa l'os vomer et enleva l'os incisif; le lobule lui servit à faire la sous-cloison du nez, et après avoir largement disséqué de chaque côté les tissus qui font adhérer les lèvres et les joues aux os, il raviva les bords de la solution de continuité de la lèvre. Il traversa la base du nez avec une forte épingle qu'il recourba à ses extrémités; il fit la réunion de la lèvre en faisant passer la première épingle sur l'extrémité du lobule de peau qui servit à faire la sous-cloison. Le cinquième jour les trois épingles étaient retirées, la réunion parfaite, et, malgré une rougeole qui se développa, les cicatrices ne se rompirent pas. Aujourd'hui l'enfant présente une physionomie très convenable; seulement la sous-cloison du nez est fort large. M. Guersant dit qu'il aurait pu la rendre plus étroite lorsqu'il a opéré son malade ; mais il aime mieux la rétrécir, maintenant que tout est consolidé. Il n'y a pas à craindre aujourd'hui que ce petit lambeau de peau, qui a très bien repris, vienne à se sphacéler, ce qui aurait pu arriver il y a un an, lors de l'opération compliquée qu'on fut obligé de faire.

Le second enfant, âgé de deux ans, est opéré depuis trois semaines; il avait un écartement considérable de la solution de continuité de la lèvre ; la base du nez était très large, écartée, de plus la voûte palatine et le voile du palais divisés. M. Guersant fit encore une large dissection des lèvres et des ailes du nez, de manière à le rendre très mobile; il rapprocha les parties largement disséquées en pinçant le nez avec une forte serre-fine, puis, ayant rafraîchi les lèvres de la solution de continuité labiale, il fit deux points de suture ; la serre-fine fut enlevée au bout de quarante-huit heures, les autres points de suture étaient enlevés le quatrième jour. Au-

jourd'hui l'enfant est guéri : il y a trois semaines que l'opération a été pratiquée.

Ces deux faits et d'autres de la pratique de M. Guersant lui font dire qu'en détachant largement les ailes du nez et en disséquant les adhérences des lèvres, qu'on rapprochera ensuite fortement, soit avec une forte épingle, soit avec une forte serre-fine, tous les becs-de-lièvre peuvent être opérés avec chances de succès, quel que soit l'âge du sujet et même les complications de la difformité. Ce procédé a été préconisé avec juste raison, dans ces derniers temps, par M. le docteur Phillips.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, H. L.

Séance du 5 *juin* 1850.

Présidence de M. Deguise père.

Élection des membres du bureau.

Après l'adoption du procès-verbal, et dès l'ouverture de la séance, la Société procède au renouvellement du bureau pour l'année 1850-51. Voici le résultat de l'élection au scrutin secret et à la majorité des membres présents :

Président, M. Danyau ;

Vice-président, M. Larrey ;

Secrétaire, M. Morel-Lavallée ;

Vice-secrétaire, M. Demarquay ;

Trésorier, M. Marjolin (maintenu à l'unanimité).

Les membres du comité de publication, MM. Chassaignac, Cullerier et Gosselin, ont été réélus.

Demandes de congé.

M. Monod, retenu au conseil des hospices pour la commission du budget, demande un congé de six semaines. (Accordé.)

MM. Vidal (de Cassis) et Demarquay obtiennent aussi un congé pour la durée du concours ouvert au Bureau central.

— L'ordre du jour appelait la discussion sur la communication relative au *traitement des abcès*, faite à la dernière séance par M. Chassaignac ; mais son absence entraîne l'ajournement de cette discussion.

Difformité de la face consécutive à une gangrène de la bouche.

M. Guersant présente une petite fille de onze ans, qui, par suite d'une affection gangréneuse de la commissure gauche de la bouche, a éprouvé une perte de substance assez considérable de la partie correspondante des lèvres supérieure et inférieure. Une cicatrice difforme et adhérente s'est établie à la suite de cette stomatite gangréneuse, de telle sorte que le tissu inodulaire, confondu dans ce point avec la surface des os, met à découvert l'implantation vicieuse de plusieurs dents saillantes et superposées. Les adhérences sont tellement fortes, que les mâchoires, rapprochées l'une de l'autre et presque dénudées, ne permettent qu'un faible écartement. L'enfant ne peut ainsi ouvrir la bouche, et éprouve des difficultés extrêmes pour manger et pour parler.

M. Guersant ue pense pas cependant qu'il y ait là une ankylose vraie de l'articulation temporo-maxillaire ; mais il demande avis sur ce qu'il se propose de faire. Ce serait d'abord de détruire les brides du tissu cicatriciel, et de réparer ensuite la perte de substance de la bouche à l'aide de lambeaux empruntés à la joue et au menton. Il commencerait cette opération par l'avulsion des dents, et il la compléterait par les tractions nécessaires aux mouvements de la mâchoire.

M. Maisonneuve croit qu'il n'y a pas de doute à émettre sur la mobilité de l'articulation, et qu'il y a toute probabilité d'écartement après la destruction des brides. Il approuve donc le plan d'opération que M. Guersant a le projet de suivre.

M. Huguier, admettant aussi qu'il n'y ait pas d'ankylose, se

demande s'il ne serait pas possible d'écarter préalablement les mâchoires, et de pratiquer ensuite l'opération, afin de se réserver ainsi plus de facilité à la faire.

M. Guersant a l'intention, dans le même but, d'employer d'abord un coin en bois.

M. Debout propose, à cet effet, la pince à plaque de M. Delabarre.

M. Larrey, rappelant ce qu'il a eu occasion de dire dans une précédente séance sur le baillon imaginé par M. Belhomme, pense qu'en réduisant ce moyen mécanique à de petites proportions, on pourrait aussi l'appliquer au cas actuel.

M. Lenoir considère tous les essais que l'on pourrait faire dans des conditions semblables comme n'atteignant leur but que temporairement.

Il cite, pour preuve, le fait d'une jeune fille que plusieurs membres de la Société ont vue, et qui avait été traitée par M. J. Guérin pour une contracture compliquée de la mâchoire, analogue à celle que M. Guersant présente aujourd'hui. L'écartement, obtenu d'abord, a été suivi d'un resserrement aussi prononcé que celui qui existait dans le principe.

M. Lenoir ajoute que dans ces cas-là encore le résultat des opérations d'autoplastie aboutit, en définitive, à fort peu de chose.

Il s'en est assuré notamment dans deux essais qui lui sont propres, et qui ont échoué l'un et l'autre.

Il avait eu néanmoins la précaution de disséquer largement les joues et d'agrandir les lambeaux; mais le tissu inodulaire, par sa force de rétraction, détermina des adhérences qui, peu à peu, rapprochèrent complétement les mâchoires.

Ces faits et bien d'autres prouvent, selon M. Lenoir, que les résultats primitifs les plus avantageux disparaissent plus tard.

M. Huguier trouve là un argument de plus en faveur de sa proposition, à savoir : d'obtenir d'abord l'écartement méca-

nique des mâchoires, d'étendre leurs mouvements et de ratiquer secondairement la chéiloplastie.

M. Vidal (de Cassis) voudrait que l'opération fût faite en deux temps. Le premier temps consisterait à détruire le tissu de cicatrice, et à former un ourlet selon les procédés de Dieffenbach et de Serre; le second temps serait réservé à la réparation de la perte de substance par l'autoplastie.

Quant à la mâchoire, on agirait sur elle, pour en obtenir l'écartement, après la destruction des adhérences.

M. Guersant fait observer un détail utile à connaître, c'est que chez sa petite malade il n'existe pas de membrane muqueuse à l'endroit des cicatrices.

M. Debout demande si, en raison des difficultés ou des chances incertaines de l'opération, on ne pourrait pas agrandir la commissure des lèvres, et détacher toutes les adhérences.

M. Vidal développe, dans le même sens, l'idée de disséquer largement les tissus intéressés dans la cicatrice.

M. Deguise fils rapporte un fait qu'il a eu l'occasion d'observer à l'Hôtel-Dieu il y a une dizaine d'années, et qui vient confirmer les opinions émises par M. Lenoir.

Une jeune fille de quatorze à quinze ans offrait une difformité semblable à celle qui existe chez la malade de M. Guersant. Cette difformité était survenue de même à la suite d'une gangrène de la bouche, et datait déjà d'une époque assez ancienne. M. Blandin, dans le service duquel se trouvait cette jeune fille, avait pensé aussi qu'avant de disséquer les adhérences de la cicatrice, et de rétablir par l'autoplastie les parties détruites, il fallait agir sur les arcades dentaires resserrées si fortement, que l'articulation de la mâchoire n'était plus susceptible de la moindre mobilité. M. Blandin se servit à cet effet d'un moyen fort ingénieux; c'était un cône en racine de buis façonné comme une vis. Il l'introduisit entre les mâchoires, et parvint à les écarter graduellement. Ce premier résultat obtenu lui permit de faire l'autoplastie quelques semaines

après. L'opération eût un résultat immédiat des plus satisfaisants; mais bientôt après le resserrement des mâchoires se reproduisit et devint aussi complet qu'il l'avait été précédemment.

M. Demarquay, témoin également du fait cité par M. Deguise, en complète l'observation, en disant que, malgré l'incurabilité persistante de cette infirmité, l'opération autoplastique avait cependant modifié assez favorablement la difformité de la face.

Calcul vésical extrait par la taille hypogastrique.

M. Maisonneuve présente un calcul assez volumineux qu'il a extrait de la vessie par la taille hypogastrique. Ce calcul pèse 187 grammes ; il a une forme ovoïde, une longueur de 8 centimètres, une largeur de 6 centimètres, et une épaisseur de 4 centimètres. Son développement semble s'être fait depuis cinq ans; mais pendant quatre ans et demi sa présence dans la vessie n'a point occasionné d'accidents. C'est depuis six mois seulement qu'il en était survenu d'assez caractéristiques. L'appréciation faite de son volume ne permettait point, dit M. Maisonneuve, de songer aux tailles inférieures. Il résolut donc de recourir à la taille supérieure ou par le haut appareil, et employa le procédé le plus simple. Une incision sur la ligne médiane des parois hypogastriques, le décollement du péritoine avec le doigt, et la section directe de la vessie sur la pierre : tel fut le premier temps facile de cette opération. Mais le second temps, ou l'extraction du calcul, offrit des difficultés. La pierre fut d'abord saisie à plat avec un écartement des tenettes trop considérable pour lui permettre d'agir; il y eut nécessité non-seulement de retourner le corps étranger pour le placer de champ, il fallut encore agrandir l'incision pour l'extraire plus sûrement. Aucun autre calcul ne se trouvait dans la vessie, et il n'est point survenu d'accidents primitifs. Mais secondairement des douleurs se sont fait sentir dans la

région lombaire, et il s'est manifesté un engourdissement des jambes.

M. Maisonneuve a présumé qu'un travail d'inflammation chronique avait pu se faire dans le petit bassin, en comprimant les nerfs sacrés. C'est la première fois, du reste, qu'il a observé cet engourdissement à la suite de la taille sus-pubienne, et il demande à M. Danyau s'il aurait rencontré quelques phénomènes analogues à ceux-là, consécutivement à la parturition.

M. Danyau répond par la négative.

M. Maisonneuve ajoute que le malade, malgré cet accident secondaire, est en voie de guérison assurée.

Traitement de l'onyxis par le collodium.

M. Larrey annonce qu'un ancien élève de son père, M. Meynier (d'Ornans), a fait une heureuse application du collodium au traitement simple de l'ongle incarné. On a seulement besoin d'affaisser les chairs et de verser entre elles et le bord unguéal, une petite quantité de cette substance, qui se dessèche, se solidifie promptement, fait cicatriser l'ulcération, et en maintenant les parties écartées assure la guérison, toutes les fois que la maladie ne dépend pas d'une déviation primitive ou anormale de l'ongle.

M. Larrey a ainsi employé le collodium dans cinq cas ordinaires, et quatre fois il l'a vu réussir. Il pense qu'un moyen aussi simple que celui-là mérite l'attention des praticiens, parce que tous savent combien l'ongle rentré dans les chairs est une infirmité pénible à supporter et difficile à guérir, témoin la multiplicité des moyens de traitement imaginés ou mis en usage, et la trop fréquente inefficacité de ceux mêmes qui sont les plus douloureux ou les plus compliqués.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, H. L.

Séance du 12 *juin* 1850.

Présidence de M. Deguise père.

Traitement des abcès.

M. Chassaignac demande la parole à l'occasion du procès-verbal, et rappelle les bases du travail dont il avait donné lecture à la séance précédente.

Le principe qui sert de point de départ à sa méthode est celui-ci. Les parois d'un abcès que l'on vient de vider, et qui n'est point entretenu par une cause de suppuration persistante, peuvent être assimilées aux surfaces d'une solution de continuité récente, et peuvent, comme ces surfaces mêmes, permettre une réunion par première intention.

Ce principe ne saurait trouver son application dans tous les cas; et parmi les exceptions qui se présentent, il faut citer les cas où le pus est à l'état d'infiltration dans la trame de nos tissus. Il en est de même des cas où l'accumulation du pus provient d'une source continue de suppuration, comme dans la carie, la nécrose, ou par la perforation d'un réservoir de matières excrémentielles. Il est d'autres exceptions, sans doute, que la théorie fera présumer, ou que l'expérience fera connaître.

R. Forget rappelle l'objection que M. Vidal a faite à M. Chassaignac; mais il ne la croit pas fondée; et pour mieux expliquer sa pensée à cet égard, il donne lecture de quelques notes qu'il a rédigées :

« Non, dit-il, ce n'est pas la thérapeutique ancienne que ce confrère préconise de nouveau. A n'envisager que le point de doctrine anatomo-physiologique qu'il a soulevé et qui sert de base à sa méthode de traitement, celle-ci est neuve et originale. Quant à l'assimilation des foyers purulents à ses surfaces traumatiques récentes, M. Forget en nie la justesse; il invoque les travaux de Serre et de Delpech sur la réunion immédiate, et il ne pense pas que M. Chassaignac

puisse trouver dans les conditions indispensables suivant eux au travail de cicatrisation primitive rien qui soit rationnellement comparable à l'état anatomique d'une cavité purulente. Au surplus, il y a une division capitale à établir entre les abcès. Cette différence repose sur l'état des tissus ou siége l'abcès, sur le degré de vitalité dont ils sont doués, et sur le développement d'un phénomène bien décrit par Hunter, celui de l'inflammation adhésive.

» Formé ainsi dans de bonnes conditions, un abcès peu volumineux, dû à une cause exclusivement locale, peut se cicatriser promptement, et par un travail qui n'est pas sans quelque analogie avec celui de la réunion immédiate. M. Forget lit un fait qu'il a récemment observé; il s'agit d'un abcès circonscrit de l'aisselle. Après l'ouverture qu'il pratiqua il vit pendant les premières vingt-quatre heures suinter un liquide séro-sanguin. Au bout de trente-six heures la cicatrisation du foyer était complète. Il dit avoir observé plusieurs faits analogues; tous les chirurgiens en ont signalé; et si M. Chassaignac a eu seulement en vue de semblables abcès dans sa communication, il trouvera peu de contradicteurs. Hunter avait fait la même remarque : *De pareils abcès*, dit-il, *guérissent très promptement, ils ont même déjà fait quelques pas vers la guérison avant d'avoir été ouverts*. M. Forget pense que ces faits seraient mal interprétés si on voulait, comme le propose M. Chassaignac, en généraliser l'assimilation aux plaies récentes.

» Vouloir soutenir cette assimilation, c'est perdre de vue le changement d'état dont la suppuration est l'indice dans les parties enflammées. La conséquence de ce fait, c'est, comme le remarque Hunter, de substituer à la sécrétion de la lymphe plastique, élément indispensable de toute réparation immédiate, celle du pus, qui est la négation de cette tendance réparatrice, et de faire naître dans les tissus une aptitude à entrer dans une *seconde voie de guérison*. C'est cette voie secondaire, quoi qu'on en dise, continue M. Forget, qui seule assure le traitement et la guérison des abcès. Aussi ne doit-on appliquer le mode de pansement dit par occlusion qu'à quelques cas peu nombreux, et rentrant par des caractères bien définis dans la catégorie des abcès dont il a été question plus haut.

» De cet exposé, M. Forget conclut : 1° que c'est au moyen de la réunion immédiate que les parois d'un foyer purulent contractent entre elles des adhérences, et que celui-ci se cicatrise; 2° qu'une

double disposition anatomique et vitale peut imprimer dans quelques cas à la guérison une marche rapide qui la rapproche de celle qui a eu lieu à la suite de la réunion par première intention ; 3° qu'enfin les données fournies par l'intuition du phénomène physiologico-pathologique ne permettent pas d'accepter l'interprétation que M. Chassaignac a donnée des faits en question, et qu'on ne pourrait par conséquent la prendre pour base de la méthode thérapeutique qu'il propose à un point de vue trop général. »

M. Chassaignac, après avoir remercié M. Forget de l'attention qu'il a donnée à son travail, lui fait observer d'abord qu'il a eu soin d'exposer les cas dans lesquels on ne devait pas tenter la réunion; il relit ensuite ce qu'il a écrit des conditions nécessaires à cet effet, en soutenant, comme fait démontré pour lui, l'aptitude des foyers purulents à se réunir ainsi. Le principe qu'il cherche à établir d'après ce fait lui semble nouveau et non indiqué antérieurement.

M. Chassaignac n'a pas reconnu encore, il en convient, si toutes les conditions existaient à l'appui du principe, mais il répète que l'expérience lui est acquise. Tous les chirurgiens, sans doute, ont vu des abcès se résorber, surtout de petits abcès, comme ceux de l'angioleucite; et cependant personne, qu'il sache, ne tente la réunion de ces abcès. Il l'a essayée pour la première fois avec une certaine appréhension dans la crainte d'un échec, et il a obtenu le succès le plus encourageant.

M. Huguier, considérant la communication faite par M. Chassaignac comme importante, redemande un tableau exact des cas observés par lui. Il voudrait voir figurer sur ce tableau la situation topographique des abcès, leur siége anatomique, leur nature, leurs caractères, leurs espèces groupées en nombre, ainsi que les résultats relatifs à chaque catégorie, afin d'en tirer des conclusions rationnelles. Or, le travail de M. Chassaignac, sous ce rapport, laisse à désirer ; et, de même que M. Forget a signalé des exemples de guérisons d'abcès, de même M. Huguier cite celui d'un abcès sous-mammaire qui

une fois ouvert, ne fournit plus ensuite de suppuration. En un mot, M. Huguier ne croit à la possibilité d'une discussion complète sur ce sujet qu'à l'aide des matériaux qui lui sont nécessaires.

M. Nélaton voit deux choses à considérer dans les idées émises par M. Chassaignac : en premier lieu, la constatation du travail anatomo-pathologique, d'après lequel la majorité des abcès phlegmoneux seraient susceptibles de réunion. Tous les chirurgiens ont vu sans doute cette réunion s'opérer même dans de grands abcès ; et, pour sa part, il se souvient d'avoir observé avec M. Cullerier un homme chez lequel un vaste abcès à la fesse fut ouvert et donna issue à une abondante suppuration qui fut tarie après vingt-quatre heures. Néanmoins, M. Nélaton reconnaît que M. Chassaignac a eu le mérite de généraliser ce fait anatomo-pathologique.

En second lieu se présentent, selon lui, les déductions thérapeutiques à en tirer. Pour ce qui est notamment des injections aqueuses, il ne les a pas employées, il en ignore la valeur, et il pense que pour l'apprécier on aurait besoin de comparer la méthode du lavage à la simple évacuation du foyer par des pressions convenables, comme le font tous les chirurgiens.

M. Chassaignac trouve que ces différentes réflexions tendent à prouver l'exactitude du principe qu'il a énoncé.

Ce principe lui paraissant donc établi d'une manière incontestable, reste l'application pratique. Or, il a pensé que par le lavage on obtiendrait une évacuation plus complète du pus ; il se sert de ce moyen depuis un an à l'hôpital Saint-Antoine, et dans aucun cas il n'a observé d'accidents.

M. Denonvilliers demande si, après l'injection aqueuse, M. Chassaignac ferme tout de suite les parois du foyer purulent?

M. Chassaignac répond par l'affirmative.

M. Larrey croit que tout l'intérêt de la communication faite par M. Chassaignac repose sur la combinaison raisonnée

de moyens déjà connus pour en former un tout, un ensemble, sinon une méthode nouvelle.

« Tous les chirurgiens, dit-il, ont rencontré des abcès et spécialement des abcès chauds, qui, ayant été ouverts, se sont fermés très vite, et dont l'adhésion s'est faite à peu près d'une manière immédiate. Le fait en lui-même n'est pas douteux; mais l'interprétation qu'en donne M. Chassaignac ne paraît pas rigoureusement admissible. Il prétend obtenir la réunion immédiate des abcès qu'il vient d'ouvrir, et cependant il y fait ensuite, et à diverses reprises, des injections aqueuses; n'est-ce pas, sans parler de la douleur, le moyen de distendre ou d'écarter les parois du foyer purulent au lieu d'en favoriser le contact? Les injections ne contribueraient à ce résultat que si elles étaient faites aussitôt et uniquement après l'ouverture du dépôt; elles agissent d'ailleurs comme un moyen de détersion.

» Il en est un autre, dit M. Larrey, dont je me suis servi quelquefois et qui pourrait, comme les injections, être plus souvent employé; c'est l'*aspiration* par la ventouse sèche appliquée surtout à l'orifice des foyers profonds ou sinueux, alors que les pressions simples ne suffisent pas pour expulser le pus au dehors.

» Qu'il me soit permis, ajoute M. Larrey, d'indiquer au même titre, mais comme digression, un autre procédé dont je me sers généralement, et que j'ai emprunté à un fait particulier de la clinique de M. Cloquet. Il avait obtenu le dégorgement rapide d'un abcès profond de la mamelle, en introduisant dans le foyer un bout de sonde élastique; c'est ce moyen que j'emploie pour faciliter la sortie du pus toutes les fois qu'il ne s'écoule pas librement à la surface extérieure; par exemple, dans les abcès sous-aponévrotiques des membres, je crois prévenir ainsi le décollement des tissus, les fusées purulentes, les abcès circonvoisins et l'érysipèle phlegmoneux, accidents qui me semblent d'autant plus à craindre par l'occlusion absolue.

» C'est même au sujet de la sonde élastique que je reviens à la question soulevée par notre honorable collègue, en ajoutant que ce moyen me paraît très apte à seconder les avantages de la compression, sans lui laisser ses inconvénients, puisqu'en ménageant une ouverture libre au foyer purulent, comme le veulent la plupart des chirurgiens, on maintient ses parois rapprochées par une compression méthodique, comme le propose M. Chassaignac.

» Joignons à cela, enfin, l'influence si utile de la position.»

M. Denonvilliers s'exprime sur cette question à peu près de la manière suivante :

« M. Nélaton a eu raison de dire qu'il s'agissait ici d'une question de principe et d'une question de fait. Ainsi, d'une part, M. Chassaignac, préoccupé de ses expériences, a été entraîné à parler de réunion immédiate et à considérer comme telle les résultats qu'il avait obtenus ; mais, d'autre part, on a dit avec raison que des abcès très vastes, comme celui qu'a signalé M. Nélaton, s'étaient réunis spontanément après vingt-quatre heures. Je n'ai pas eu l'occasion d'en voir d'aussi considérables se fermer en aussi peu de temps, mais j'en ai vu de petits s'oblitérer de cette façon ; seulement c'était après deux, trois ou quatre jours ; il ne me semble même pas qu'il puisse en être différemment. Une membrane sécrétant du pus ne peut cesser tout à coup de le sécréter, quelque part que réside l'abcès ; il en est de même de toute autre surface comparable à celle-là, soit d'une plaie qui se guérit, soit de toute autre solution de continuité. » Les amputations se rapprochent des abcès à cet égard.

Quant à l'interprétation du résultat des abcès guéris promptement, il faudrait savoir l'âge de l'abcès ou de la membrane pyogénique. C'est là une circonstance essentielle dont on devrait tenir compte, parce qu'elle peut expliquer comment il se fait que dans quelques cas l'adhésion ait lieu presque immédiatement, et les faits de ce genre sont des exceptions. On ne peut donc s'élever contre la doctrine de Hunter, qui reste

vraie ; tant que du pus est fourni par un abcès ouvert, il y a danger de le fermer, et ce principe se généralise en démontrant que toute surface suppurante doit rester ouverte.

« J'ai vu, dit M. Denonvilliers, des abcès guérir assez vite, et je ne lave pas ces abcès, parce que je sais qu'il se formera nécessairement du pus. Ce n'est donc pas ainsi que j'ai cherché à favoriser l'adhésion des abcès, c'est en exerçant une compression autour de l'ouverture, que je laissais libre, et je comprends, comme l'a conseillé M. Larrey, que la présence d'une sonde élastique dans le trajet du foyer purulent soit, pour les raisons qu'il a indiquées, un moyen utile à employer.

» De même aussi que l'on voit des abcès ouverts se cicatriser vite, de même on voit des abcès fermés se résorber rapidement. Mais enfin de ce que certains abcès se résorbent doit-on conclure qu'il ne faut pas ouvrir les abcès? Non, assurément, et la conséquence à tirer de là serait de ne pas s'exagérer la portée des faits qui nous montrent la possibilité de l'adhésion presque immédiate de quelques abcès pour la rechercher toujours et l'admettre trop souvent. »

M. Huguier a cru comprendre que, d'après M. Denonvilliers, il n'existerait pas de suppuration sans membrane pyogénique. Certains abcès, cependant, sont dépourvus de cette membrane, et dans ces cas-là il est avéré que la réunion peut se faire en douze ou quinze heures; tels sont des abcès aigus développés promptement. L'objection de M. Denonvilliers serait donc valable pour des abcès chroniques, mais non pour tous les abcès aigus, et en définitive les résultats favorables obtenus par M. Chassaignac se rapportent probablement aux abcès dépourvus de membrane pyogénique.

M. Forget, dans l'exposé qu'il a lu, n'a pas eu la pensée de contester les faits invoqués par M. Chassaignac, puisqu'il en a cité qui sont favorables à ses idées; mais l'interprétation qu'en donne son honorable collègue lui paraît fautive, comme l'ont fait remarquer MM. Larrey et Denonvilliers; et il vou-

drait un assez grand nombre de faits, bien précis, bien spécifiés, pour assurer une valeur réelle à la thérapeutique dont M. Chassaignac préconise les avantages.

M. Chassaignac abrégera sa réponse aux principales objections qui lui ont été faites :

A M. Forget, il répète d'abord qu'il a indiqué les conditions dans lesquelles on ne doit pas tenter la réunion immédiate ;

A M. Denonvilliers, il soutient ensuite qu'une membrane pyogénique peut cesser de sécréter instantanément du pus pour sécréter de la lymphe plastique, et c'est précisément de là qu'il est parti pour entreprendre ses expériences;

A M. Huguier, il rappelle enfin que la résorption des abcès n'est pas un phénomène fréquent; il la croit même tellement rare qu'il serait porté à en nier la possibilité.

« M. Denonvilliers, ajoute M. Chassaignac, a dit aussi qu'il regardait comme chose mauvaise de fermer les abcès. Cette opinion, je le sais, est la croyance générale; mais je pense avoir démontré le contraire par les observations de réunion immédiate que je suis prêt à communiquer si la Société juge à propos d'en écouter la lecture. »

M. Gosselin a entendu M. Chassaignac prononcer le mot échec, et il croit que ce mot suffit pour faire voir que la méthode suivie par lui n'a pas toujours réussi d'une manière complète. Ainsi, il y a des faits avoués par M. Chassaignac d'après lesquels la sécrétion du pus a continué, et rien ne prouve que la durée de ces abcès eût été moins longue si on eût donné une libre issue à la suppuration.

M. Gosselin ne peut s'empêcher de mettre en parallèle la méthode habituelle avec celle-là, et, puisque l'une offre la chance des mêmes avantages que l'autre sans exposer aux mêmes accidents ou aux mêmes dangers, il préfère s'en tenir, jusqu'à plus ample informé, à la méthode habituelle.

M. Lenoir se rattache à la proposition de recueillir des faits détaillés sur cette question, et il croit que M. Chassaignac a

négligé de rechercher assez attentivement ce qui se passe dans l'évolution des abcès.

Il rappelle que, dans quelques-uns de ces abcès chauds avec inflammation, la possibilité de la cicatrisation ne saurait être contestée. Les cas de cicatrisation autres que ceux-là dépendent sans doute des lavages, qui détruisent ou modifient profondément la membrane pyogénique. Les incisions plutôt larges qu'étroites favorisent le même résultat.

L'observation directe peut donc seule, dit M. Lenoir, rendre compte des contradictions qui surgissent à cet égard, et c'est à elle qu'il en appelle en définitive.

M. Huguier communique à la Société, de la part de M. Cullerier (obligé de s'absenter), le fait suivant :

Depuis la communication de M. Chassaignac, M. Cullerier a eu dans son service un malade affecté d'un abcès de la mâchoire, et il l'a fait voir à un élève de M. Chassaignac, qui n'aurait pas hésité à faire dans ce cas-là des injections aqueuses. M. Cullerier s'y est refusé, et il s'est contenté d'ouvrir l'abcès, qui se trouva cicatrisé le lendemain.

M. Chassaignac réplique, enfin, qu'il considère ce fait comme exceptionnel, et il maintient que tout abcès ouvert par la méthode ordinaire suppure pendant un temps plus ou moins long, tandis que par sa méthode la cicatrisation est prompte.

M. le président, d'après la proposition de quelques membres, invite M. Chassaignac à lire dans la prochaine séance le résumé de ses observations.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, H. L.

Séance du 19 *juin* 1850.

Présidence de M. Deguise père.

M. Deguise père, obligé de se rendre auprès d'un de ses enfants qui est dangereusement malade, ne peut présider la

séance. Elle est ouverte par M. Lenoir, ancien président, qui cède le fauteuil à M. Danyau.

Le procès-verbal étant lu et adopté, l'ordre du jour appelle la fin de la discussion précédente.

Traitement des abcès.

M. Huguier s'est préoccupé de la question importante soulevée par M. Chassaignac. Il a eu occasion, depuis la dernière séance, de vérifier un fait général qui n'était pas douteux pour lui, et sur lequel plusieurs de ses collègues avaient fixé aussi l'attention de la Société ; il veut parler de la résorption spontanée des abcès, et en fournit la preuve par la démonstration directe.

M. Huguier cite deux cas spécialement : le premier, relatif à un abcès de la région sous-maxillaire du côté droit développé depuis quinze jours chez un homme d'une trentaine d'années, par suite de la carie d'une dent molaire. L'abcès fut ouvert; il s'en écoula une quantité assez considérable de pus ; un simple cataplasme fut appliqué ensuite; la tuméfaction disparut. Il n'y avait, le lendemain, qu'un suintement séreux, et le surlendemain toute suppuration avait cessé.

Le second fait se rapporte à une femme qui avait un abcès de l'aine siégeant dans les ganglions, mais non syphilitique, et réparti en deux foyers qui furent ouverts. Le pus une fois écoulé, comme dans le cas précédent, amena la détersion prompte du foyer, dont les bords étaient rapprochés vingt-quatre heures après.

Or, dit M. Huguier, si dans ces deux circonstances les injections avaient été faites, nul doute qu'on ne leur eût attribué le résultat obtenu; et il est permis de penser que M. Chassaignac a eu affaire dans plusieurs cas à des abcès de ce genre, qui se fussent guéris promptement sans le lavage du foyer.

Il n'est pas rare, ajoute M. Huguier, que des abcès soient susceptibles de résolution ; mais il ne faut admettre ce mode de terminaison qu'exceptionnellement.

M. Huguier a fait, à cet égard, quelques expériences tendant à lui donner le certitude de la présence du pus. Il s'est servi d'une petite sonde cannelée pointue, avec laquelle il a ponctionné les tumeurs présumées purulentes, d'après leur caractère de fluctuation; et après avoir ainsi reconnu la suppuration, il est arrivé à conclure que certains abcès sont susceptibles de se résorber.

M. Maisonneuve regrette de n'avoir pas assisté à la dernière séance, pour signaler certains cas à l'appui de l'opinion soutenue par M. Chassaignac, non pas qu'il admette la même interprétation des faits, mais bien l'identité des résultats. Il a vu, avec M. J. Guérin, la ponction des abcès et l'évacuation du pus à l'aide d'une seringue suivies de la cicatrisation immédiate du foyer. Ce sont là, pour lui, des faits constants, et si on les recherchait dans les ouvrages de M. Guérin, on trouverait de nombreux exemples d'abcès phlegmoneux parvenus ainsi à une guérison prompte.

« Quel est, dit M. Maisonneuve, le meilleur moyen d'obtenir ce résultat ? Ce n'est pas le lavage; le point important est le contact des parois du foyer ou leur rapprochement adhésif. Un autre moyen a été proposé aussi, et semble devoir être meilleur que celui-là : c'est l'aspiration, dont a parlé M. Larrey. Le lavage ne viendrait ainsi qu'en troisième ligne, d'autant que les abcès réfractaires à une guérison prompte n'auront pas de tendance à se fermer plus vite par ce moyen. »

Telle est l'objection que voulait faire M. Maisonneuve.

M. Denonvilliers revient sur ce qu'il a dit au commencement de la discussion. Il répète qu'autant M. Chassaignac recommande de fermer l'abcès une fois ouvert, autant lui déclare cette pratique imprudente; il ne la trouve fondée que sur des cas exceptionnels; et il soutient aussi que des abcès, même considérables, comme il en a vu, peuvent se résorber spontanément.

M. Denonvilliers rappelle la pratique des maîtres à cet égard; et il pense que, si on agissait comme le veut M. Chas-

saignac, on serait obligé, 18 fois sur 20, de désunir les lèvres de la plaie. Il a, récemment encore, vérifié un semblable résultat chez un enfant qui avait un abcès à la tempe, et chez lequel les parois de cet abcès, d'abord rapprochées, se sont disjointes secondairement.

Ces faits, ajoute M. Denonvilliers, arrivent tous les jours, et il croit, en résumé, que l'occlusion des abcès doit causer des déceptions, sans rappeler les accidents et les dangers qui ont été justement reprochés à cette méthode.

M. Cullerier s'exprime ainsi :

« Je n'ai que deux mots à dire ; ils sont tout pratiques. J'ai beaucoup essayé la méthode de traitement des bubons suppurés par le vésicatoires, méthode préconisée, comme chacun sait, par M. Malapert, chirurgien principal des hôpitaux militaires. J'ai vu qu'elle rendait quelquefois de grands services dans des cas de collection purulente même assez abondante, pourvu que la peau ne fût pas très amincie. J'ai appliqué des vésicatoires que j'ai fait panser avec une solution concentrée de sublimé ou de sulfate de cuivre. J'en ai appliqué d'autres sur lesquels on a fait des onctions avec l'onguent mercuriel ; enfin, j'en ai appliqué un très grand nombre qui ont été pansés simplement, et j'ai constaté que les pansements n'avaient aucune espèce de valeur sur la résolution. Je crois donc que c'est à la vésication seule qu'est dû ce résultat.

» Mais le vésicatoire ne peut rendre des services que quand on a affaire à un bubon sympathique purement inflammatoire. Quant au bubon symptomatique, ou chancre ganglionaire, on comprend que le vésicatoire doit échouer contre lui. Ce moyen pourra sans doute amener la résolution d'un épanchement purulent dans le tissu cellulaire environnant un ganglion symptomatique ; mais si la suppuration existe dans le ganglion lui-même, rien, je pense, ne saurait en amener la résorption. »

M. Chassaignac voit dans tout ce qui a été dit bien des exemples tendant à prouver la réalité du principe formulé

par lui. Il convient, du reste, qu'il aurait mieux fait de rassembler un grand nombre d'observations à l'appui de ce principe; et il demande à en lire quelques-unes, en faisant remarquer un point assez important; à savoir, que dans quelques cas un indice certain des inconvénients de l'occlusion, c'est la douleur, comme il l'a constaté dernièrement encore chez un jeune homme auquel il avait ouvert d'abord, et fermé ensuite un abcès axillaire. Or, l'indication précise, en pareil cas, c'est l'élargissement de l'ouverture.

Enfin, M. Chassaignac, sur l'invitation de M. le président, donne lecture des observations qu'il a recueillies, et qui sont au nombre de quatre. En voici le résumé :

Obs. I. — Homme âgé de treute-huit ans, offrant un abcès du volume dn poing à la partie inférieure et latérale gauche du cou, survcau quelques mois après la destruction ulcérative d'une partie du voile du palais. Ponction, lavage, puis occlusion de l'ouverture des parois de l'abcès au moyen de sparadrap. Cessation, à partir de ce moment, de toute trace de formation du pus, soit à l'intérieur de l'abcès, soit à la petite plaie de l'incision.

Obs. II. — Femme de soixante-dix ans ; abcès considérable occupant toute la partie interne du bras, ouvert une première fois au moyen du scarificateur; pansement avec les cataplasmes, cicatrisation au bout de huit jours des petites plaies du scarificateur. Reproduction de l'abcès; ponction nouvelle avec la lancette; lavage de l'abcès; occlusion. A partir de ce moment, cessation de la formation du pus.

Obs. III. — Jeune homme de vingt-deux ans; deux abcès à la région sous-maxillaire, l'un à droite, très volumineux, l'autre à gauche, moins considérable. Celui de droite, traité le premier par le lavage suivi de l'occlusion, se reproduit dès le lendemain ; traité de nouveau et sur-le-champ par les mêmes moyens, il cesse immédiatement de fournir du pus. Ce résultat est obtenu d'emblée, en vingt-quatre heures, sur l'abcès du côté gauche.

Obs. IV. — Homme de trente-huit ans; abcès du volume d'un œuf de poule situé à la partie postérieure et latérale droite du cou ; ponction avec la lancette; lavage; occlusion; cessation immédiate de production purulente dans le foyer de l'abcès.

M. Chassaignac, après la lecture de ces observations, reproduit quelques-uns des arguments qu'il a fait valoir, et reconnait que, si son travail n'est pas complet, il suffit du moins, à son sens, pour inviter les chirurgiens à tenter l'occlusion des abcès.

M. Huguier, en écoutant la lecture des quatre observations, a trouvé que les choses ne s'étaient point passées rigoureusement comme M. Chassaignac l'avait avancé. Ainsi, dans le premier cas il y a eu persistance de la suppuration; dans le second, formation d'une fistule; dans le troisième, récidive de l'un des deux abcès sous-maxillaires, et dans le quatrième cas, enfin, suintement de sérosité pendant plusieurs jours.

« N'est-ce pas là, dit M. Huguier, ce que nous voyons tous dans la pratique ordinaire? On devait s'attendre à d'autres résultats, d'après l'annonce qui en avait été faite. Ce travail semble donc insuffisant, et il appelle de nouvelles observations à l'appui du principe que M. Chassaignac voudrait établir. »

M. Larrey fait quelques réflexions, qui s'ajoutent à celles de M. Cullerier, sur le traitement des bubons suppurés.

« J'ai souvent employé, dit-il, et comparé les diverses méthodes du traitement local des bubons dans les hôpitaux militaires, où se trouvent des divisions considérables de maladies syphilitiques. L'application des vésicatoires, selon la méthode de mon honorable collègue M. Malapert, m'a réussi comme résolutif, soit à l'exclusion de tout autre topique, soit conjointement avec divers moyens, mais à condition de ne négliger jamais le traitement général, mercuriel, ou ioduré.

» Il est, ajoute M. Larrey, une autre médication que j'ai essayée avec succès, et qui est habituellement suivie au Gros-Caillou par M. Lecœur (1), chargé de l'une des divisions de vénériens. La thérapeutique de certaines adénites cervicales

(1) M. Lecœur, chirurgien aide-major, a soutenu en 1846 une très bonne thèse sur l'*emploi de l'iodure de potassium*.

par les préparations d'iodure de potassium à l'intérieur, à l'extérieur par les frictions avec la pommade d'iodure de plomb, et surtout par la compression, cette thérapeutique se trouve applicable à l'adénite inguinale syphilitique. Il fau dans ce dernier cas exclure les cataplasmes qui favorisent le résultat que l'on veut éviter, c'est-à-dire la sortie de la matière purulente. Si cependant, malgré les précautions prises, le pus se fait jour au dehors, l'indication reste la même, et la peau, quoique perforée dans un ou plusieurs points, semble, d'après M. Lecœur, préservée des décollements par le ressort et par la consistance que lui donnent les frictions iodurées unies à la compression.

» Sans me déclarer, dit M. Larrey en terminant, le partisan de cette médication, j'ai cru devoir l'indiquer ici, comme susceptible de se rattacher aux idées de M. Chassaignac. »

M. Forget trouve que M. Chassaignac lui-même a simplifié la question par ses réponses.

« C'est, a-t-il dit, une invitation de ma part à la Société, afin qu'elle veuille bien examiner les vues que j'ai exposées. » Mais M. Forget fait observer qu'il y a loin de cette simple invitation à une doctrine nouvelle déduite de principes généraux et tendant à se substituer à la thérapeutique suivie de tout temps par les chirurgiens.

Il pense que M. Chassaignac a exagéré les accidents consécutifs à l'ouverture des abcès, lorsqu'on les traite d'après la méthode ordinaire; et ce qui ressort le mieux, selon M. Forget, de cette discussion, c'est la justification des idées de Hunter, qui se trouvent exposées dans le passage suivant :

« Les parois des abcès chauds aigus n'ont pas d'autre enveloppe accidentelle que celle qui leur est fournie par la matière couenneuse infiltrant le tissu cellulaire qu'elle a rendu imperméable; il n'y a point encore de véritable membrane susceptible d'être isolée des parties voisines (1). »

(1) Extrait du *Dictionnaire en XXV volumes*, art. *Abcès*, par A. Bérard.

« De pareils abcès, ajoute M. Forget, guérissent avec une grande promptitude, quel que soit le mode de pansement, pourvu que ce pansement favorise la réunion des parois de la poche purulente. C'est par cette absence de membrane pyogénique et par l'existence de l'inflammation adhésive dans les parties environnantes que s'expliquent ces cicatrisations rapides et en quelque sorte immédiates dont plusieurs membres de la Société ont rapporté des exemples. »

M. Chassaignac croit que lorsque des faits sont présentés ils doivent être pris pour ce qu'ils sont en eux-mêmes, et non pas en dehors de leur signification et de leur valeur réelles. Or il soutient que les faits prouvent l'assertion émise par lui au commencement de cette discussion, à savoir : que la guérison des abcès chauds est assimilable à la cicatrisation des plaies récentes ; et pour démontrer l'exactitude de cette assertion, il a osé fermer des abcès que tous les chirurgiens recommandent de laisser ouverts.

« M. Maisonneuve, dit M. Chassaignac, a cité des cas de ponctions sous-cutanées d'abcès que l'on a maintenus fermés ensuite. Hé bien ! si ces cas-là ne sont pas semblables à ceux que j'ai produits, ne s'ensuit-il pas que fermer un abcès après une ouverture sous-cutanée ne paraît point une témérité aux chirurgiens, tandis que c'en serait une après une ouverture ordinaire ? Est-ce là, je le demande, un raisonnement juste, une appréciation logique ? »

M. Chassaignac a la conviction que, si sa méthode était appliquée souvent, elle serait avantageuse dans beaucoup de cas. Il résume les principaux points qu'il a développés dans son argumentation, et conclut en faveur du principe d'occlusion pour le traitement des abcès.

Correspondance.

M. Debout demande un congé de trois mois pour rétablir sa santé encore faible. (Accordé.)

MM. Boinet et Demarquay obtiennent aussi un congé pour la durée du concours ouvert au Bureau central.

— M. Bertherand, chirurgien de l'armée d'Afrique, adresse à la Société une brochure sur le *traitement des fièvres intermittentes en Algérie.*

La Société reçoit le *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques* (numéro de juin).

Voici l'indication sommaire des articles de chirurgie contenus dans ce numéro :

Emploi topique de l'alun dans l'amygdalite aiguë ; par M. Mertens. (Extrait des *Annales de la Société de Médecine d'Anvers.*)

Luxation sus-pubienne du fémur, réduite avec le concours du chloroforme. (Clinique de M. Roux, à l'Hôtel-Dieu.)

De la périostite. Cas particulier de cette affection ; amputation de la cuisse ; réunion par la suture de M. Rigal (de Gaillac). (Service de M. Jobert (de Lamballe), à l'Hôtel-Dieu.)

Polypes de l'urètre chez les femmes. — Abcès résorbés sous l'influence de la peur. — Indication du traitement antivénérien dans quelques affections de nature douteuse. (Clinique de M. Velpeau, à la Charité.)

Application locale du chloroforme dans l'orchite ; par M. Bouillon (de Montpellier). — Maladies simulées par l'hypertrophie de la luette ; par M. Hoebeke (de Bruxelles).

Rapport.

M. Larrey fait un rapport verbal sur le *Compte-rendu des travaux de la Société de Médecine de Marseille*, par M. Pierson, secrétaire-général pendant l'année médicale 1848-1849. Voici l'extrait succinct de ce rapport :

Après un discours du docteur Seux, président, sur le *progrès en médecine*, l'exposé de M. Pierson comprend plusieurs faits intéressants de chirurgie, dont nous ne pouvons donner que l'indication :

Une observation de plaie pénétrante de l'articulation de la première phalange du médius, avec division du tendon de l'extenseur par un instrument tranchant. Refus de l'amputation de la part du blessé; réunion immédiate dans l'extension forcée ; cicatrisation au quatrième jour, sans ankylose. (Cas analogues cités dans la discussion.)

Un Mémoire sur les fâcheuses conséquences du plombage des dents cariées, ayant pour but de démontrer : 1° que les dents ne sont point des corps inertes ; 2° que l'art du dentiste est trop souvent livré aux empiriques.

Un rapport sur un Mémoire de M. Pelascimo, relatif à la *luxation consécutive du genou en dehors et en arrière.*

Une discussion sur les formes d'*hystérie* symptomatique des maladies de l'utérus ;

Une observation d'absence du vagin, avec existence d'une matrice dans des conditions anormales de forme et de position. (Aucune opération n'a été faite.)

Un cas d'hydrocèle du volume de la tête d'un enfant traitée par l'injection iodée.

Ensuite une notice nécrologique sur le professeur Serre (de Montpellier), par M. Sicard, secrétaire adjoint, qui a consacré quelques paroles encore à la mémoire des autres membres décédés dans le courant de l'année.

Enfin un rapport médical de M. Dugaz sur la commission des prix.

« Tel est, dit M. Larrey, l'aperçu sommaire des matériaux de ce compte-rendu, qui est fait avec soin et que nous regrettons de n'avoir pu analyser plus longuement. »

» En conséquence, j'ai l'honneur de proposer à la Société de Chirurgie le dépôt de cette brochure dans les archives, et l'envoi d'une lettre de remercîments à la Société de médecine de Marseille. »

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, H. L.

Séance du 26 *juin* 1850.

Présidence de M. Danyau.

Le procès-verbal de la dernière séance, étant lu et adopté, donne lieu à une réclamation de M. Chassaignac sur la critique exprimée au sujet de sa communication dernière par

M. Huguier, mais un mot d'explication suffit pour vider cet incident.

Candidature.

M. le docteur J. Parise, ex-professeur d'anatomie et de physiologie à l'hôpital militaire de Lille, adresse à la société : 1° un mémoire intitulé : *De l'Ostéophyte costal pleurétique, ou Recherches sur une altération particulière des côtes dans la pleurésie;* 2° des *Recherches sur les luxations antérieures du pied;* 3° une note ou indication de diverses publications, et une demande pour obtenir le titre de correspondant.

Plusieurs membres appuient cette demande dans les termes les plus honorables pour M. Parise; mais M. le président fait observer que, d'après le règlement, toute candidature doit être accompagnée d'un travail inédit.

En conséquence M. le secrétaire écrira à M. Parise pour l'inviter à remplir cette formalité, et le remerciera de son envoi.

Appareil pour les fractures du fémur.

M. Ferdinand Martin, chirurgien orthopédiste, lit un mémoire sur le *Traitement des fractures du col et du corps du fémur.* Il critique dans ce travail différents appareils proposés pour le traitement de ces fractures, puis il examine les deux méthodes les plus usitées, l'*extension continue* et la *position demi-fléchie.* Il expose les avantages et les inconvénients inhérents à chacune d'elles, et conclut à leur insuffisance. Il reconnaît cependant que les principes des méthodes de Boyer et de Dupuytren peuvent, s'ils sont combinés, servir de base à la confection d'un appareil rationnel.

M. Martin décrit et présente un appareil construit d'après ces données. Cet appareil remplit, selon lui, toutes les indications posées par les auteurs, et n'offre pas les inconvénients qu'ils ont signalés.

M. Martin appuie ses assertions sur un fait. Son appareil a été appliqué le vingt-huitième jour de l'accident, à l'hôpital

de Saint-Germain, sur un homme qui avait deux fractures comminutives de la partie supérieure des deux fémurs, et chez lequel la réduction n'avait pu être obtenue ni par l'extension, ni par la position demi-fléchie. La réduction a été instantanée, et le malade n'a éprouvé ni la moindre douleur, ni la moindre gêne, soit pendant la réduction, soit pendant les quarante-huit jours qu'a duré l'application de l'appareil.

M. Martin présente à la Société le sujet guéri, dont les membres paraissent bien conformés.

Le premier appareil, celui qui a été employé dans ce cas, est très compliqué; mais M. Martin montre en même temps deux modèles beaucoup plus simples qu'il a imaginés depuis, et qu'il suppose devoir remplir toutes les indications.

Une commission composée de MM. Larrey, Robert et Chassaignac est chargée d'examiner le mémoire de M. Martin et d'en rendre compte à la Société.

Excision des amygdales.

M. Guersant fait une communication qu'il s'était déjà proposé de faire à la dernière séance, relativement à l'excision des amygdales par l'instrument de Fahnestock. Il présente deux modèles de cet instrument quelque peu modifié par lui, et dont il se sert de plus en plus depuis une huitaine d'années; c'est-à-dire qu'après l'avoir employé avec une certaine défiance dans le principe, il a fini par l'adopter à peu près exclusivement dans tous les cas. Il lui attribue tout avantage sur la méthode ordinaire, surtout chez les enfants qui sont si indociles, pour la plupart, et ne se prêtent que malgré eux à l'opération. Il est parvenu ainsi à la simplifier beaucoup; car il n'a pas besoin de faire abaisser la langue par un aide; il l'abaisse lui-même avec l'amygdalotome, dont la tige suffit à cet effet, en même temps que la résection est faite.

M. Guersant a pensé pendant longtemps qu'il ne pourrait faire l'application de cet instrument aux amygdales enchatonnées ou enveloppées par les piliers du voile du palais; mais

en reconnaissant que lorsqu'elles sont situées ainsi on réussit à les saisir et à les dégager avec la pince de Museux pour les couper avec le bistouri, il fait observer que l'on doit craindre d'entamer le pilier antérieur du voile du palais. Il a donc essayé, avec le tonsillotome, de refouler ce pilier, afin d'en éviter la lésion, et il n'a pas éprouvé la moindre difficulté à le faire, tout en saisissant bien la glande pour l'enlever instantanément.

M. Guersant rappelle que la disposition primitive de l'anneau était celle d'un ovale allongé; disposition contraire à celle de l'amygdale. Il a donc modifié cet anneau en le faisant placer transversalement à la tige, sauf à en varier la dimension au besoin; mais mieux vaut selon lui que l'ouverture soit un peu étroite que trop large.

Malgré sa prédilection exclusive pour l'amygdalotome qui agit avec une promptitude, avec une instantanéité surprenantes, M. Guersant croit enfin que l'emploi de cet instrument exige plus d'habitude que l'emploi du bistouri.

M. Larrey partage l'opinion de M. Guersant sur l'avantage que présente l'instrument de Fahnestock; mais il pense que son honorable collègue s'en est exagéré l'importance quant à l'habitude pratique.

« Les cas qui nécessitent l'ablation des amygdales, dit M. Larrey, sont très fréquents dans les hôpitaux militaires, et j'ai eu occasion un grand nombre de fois de faire cette opération. Comme beaucoup de chirurgiens, j'ai cru qu'elle ne pouvait réussir qu'avec une pince-érigne et un bistouri boutonné, soit simple, soit modifié *ad hoc;* mais comme M. Guersant et d'autres, je me suis assuré par l'expérience que l'amygdalotome agissait dans la plupart des cas avec autant de sûreté, plus de promptitude, et partant plus de facilité, c'est-à-dire avec les trois qualités requises, *tuto*, *cito et jucunde.* J'ai même employé cette méthode à peu près exclusivement depuis 1837.

» On peut attribuer au contraire à la méthode ordinaire

certains inconvénients, tels que la néccssité absolue d'avoir un aide-chirurgien pour abaisser la langue, la difficulté d'accrocher l'amygdale avec la pince de Muzeux, ou même de l'en décrocher si le malade est pris de dyspnée, de toux et du besoin d'expectorer; la chance, s'il fait des mouvements contraires, soit de déchirer le tissu de l'amygdale, souvent molle et friable, soit d'entamer le voile du palais, ou même la commissure de la lèvre en retirant le bistouri, comme je l'ai vu faire une fois à un chirurgien cependant fort habile, sans parler de l'embarras dû à la présence simultanée dans la bouche de trois instruments qui peuvent masquer ou gêner l'action du bistouri, sinon lui imprimer quelque déviation fâcheuse.

» Voilà, dit M. Larrey, les inconvénients que M. Guersant aurait pu signaler pour faire valoir les avantages du sécateur de Fahnestock, et les modifications utilement faites à cet instrument.

» Mais il mérite bien aussi quelques reproches, nous devons en convenir. Ainsi son mécanisme est un peu compliqué; il ne peut s'adapter indistinctement à toutes les variétés d'amygdales; il agit par une pression quelquefois suffisante pour refouler et cacher l'amygdale contre les piliers, ou insuffisante pour en enlever une assez grande portion; il est enfin moins applicable que le bistouri aux cas assez rares, d'ailleurs, d'induration ou de dégénérescence des tonsilles.

» Quoi qu'il en soit, ajoute M. Larrey, il me semble utile avant l'opération, et par quelque procédé qu'elle doive être faite, d'accoutumer les malades à supporter dans la bouche et jusque vers l'arrière-gorge, la présence et le contact d'un instrument mousse, d'un ustensile ou d'un doigt. Cette simple précaution me paraît même nécessaire chez les enfants qu'il faut souvent opérer par surprise, sinon après avoir vaincu leur résistance ou attendu leur bon vouloir. »

M. Chassaignac considère de même l'amygdalotome comme un instrument aussi avantageux à employer qu'ingénieuse-

ment imaginé ; mais il ne peut s'empêcher de reprocher un certain inconvénient à ce moyen mécanique, c'est de laisser croire à quelques personnes que l'opération se fait trop facilement et presque toute seule.

Les premiers instruments de ce genre, confectionnés d'après celui de Fahnestock, avaient le défaut de ne point limiter nettement leur effet ; c'est pourquoi M. Chassaignac a joint à la tige une vis qui sert de régulateur au mouvement, et il croit cette modification utile pour savoir d'avance jusqu'à quel degré on doit faire saillir l'amygdale une fois saisie par la broche ou la fourchette ; car si la glande est trop saillante, en la coupant au ras de sa base, on s'expose à des accidents graves, et si elle reste cachée entre les piliers, on ne l'entame qu'à sa superficie ou à son sommet. De là l'utilité de faire incliner la tige de la fourchette en y adaptant un point d'appui. Telle est la modification de l'instrument que présente M. Chassaignac.

M. Guersant fait observer qu'il n'a pas eu l'intention d'exposer les modifications successives qui ont été faites à l'amygdalotome ; il a voulu seulement indiquer les avantages qu'il obtient habituellement de son emploi, et la préférence qu'il donne à ce moyen sur la méthode ordinaire.

M. Lenoir dit que, au risque de ne pas suivre le progrès à cet égard, il reste dans les errements des anciens chirurgiens, et qu'il préfère à l'instrument de Fahnestock, même perfectionné, la pince de Museux et le bistouri boutonné. Il a réussi souvent et facilement à enlever les amygdales par cette méthode ; et parmi les cas nombreux de succès qu'il pourrait citer en témoignage de sa préférence, il en est un qui touche directement à l'un de ses collègues de la Société de Chirurgie.

Quant aux inconvénients que M. Lenoir reproche à l'instrument américain, il les résume ainsi :

Cet instrument est d'un mécanisme compliqué ; il nécessite des modifications selon le côté sur lequel l'extirpation doit être faite ; il opère une section moins nette, moins précise

que le bistouri, et ne garantit pas, en un mot, les avantages qui lui ont été assignés.

« De plus, ajoute M. Lenoir, M. Guersant propose une modification qui consiste à exciser l'amygdale lorsqu'elle est logée entre les piliers ; mais alors, à quoi bon l'enlever ? L'opération pratiquée dans de telles conditions n'est-elle pas inutile ? »

M. Lenoir n'insiste pas sur d'autres objections qu'il pourrait faire, mais qu'il reconnaît être d'une moindre importance.

M. Huguier rappelle que la question discutée aujourd'hui a déjà été mise en cause devant la Société de Chirurgie. On a dit presque tout ce qu'il y avait à dire sur ce sujet ; il ne veut faire qu'une réflexion de plus : c'est que, chez certains malades, la sensibilité de l'arrière-gorge est très vive et supporte péniblement le contact des corps étrangers, en provoquant des efforts de déglutition qui obligent le chirurgien à retirer l'instrument et quelquefois même à abandonner l'opération.

M. Larrey répète qu'en raison aussi de cette disposition particulière il croit utile d'accoutumer préalablement les malades au contact des instruments.

M. Guersant insiste sur les avantages qu'il attribue au tonsillotome, parce que, chez les enfants surtout, on est souvent obligé d'opérer, comme on l'a dit, par surprise et avec une extrême rapidité. Quant à l'objection faite par M. Lenoir touchant l'inopportunité d'enlever les amygdales couvertes par les piliers, M. Guersant affirme, d'après son expérience, que chez quelques enfants les piliers sont très développés naturellement et susceptibles d'une hypertrophie accidentelle qui dépasse les amygdales engorgées.

Pinces articulées à pression fixe.

M. le secrétaire présente, de la part de M. Luër, fabricant d'instruments de chirurgie, le modèle d'une nouvelle pince qui n'a pas de mors pleins comme ceux d'une pince ordinaire, mais dont chacune des branches se termine par des anneaux appliqués l'un sur l'autre, de manière à faire saillir

dans leur intérieur les parties molles qu'ils saisissent. La force de pression ou de prise de ces anneaux est augmentée par une sorte d'emboîtement de l'un dans l'autre; les deux branches s'articulent ou se séparent à volonté comme les branches d'un forceps, et sont pourvues d'une petite crémaillère qui permet de fermer la pince à un degré fixe.

Les avantages attribués par M. Luër à cet instrument sont de saisir, de maintenir et d'attirer les tissus avec force et précision , sans les contondre, ni les comprimer, ni les déchirer, en permettant de les laisser à jour et d'en apprécier le volume, l'étendue et les rapports.

Quant aux applications de la pince de M. Luër, elles ont déjà été faites par M. le professeur Paul Dubois, par M. Maisonneuve et par d'autres chirurgiens à différents cas, tels qu'à des fistules vésico-vaginales et à des polypes de l'utérus. Il serait facile enfin, comme le fait observer M. Larrey, de modifier selon le besoin la forme de cet instrument, pour l'utiliser, par exemple, dans la réunion de certaines plaies, dans l'ablation de quelques tumeurs, dans l'extraction des corps étrangers, dans l'opération de la taille, etc.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, H. L.

Séance du 3 *juillet* 1850.

Présidence de M. Danyau.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal de la dernière séance, il est procédé dans la forme ordinaire à l'installation du nouveau bureau.

Abaisse-langue adapté à la pince de Museux.

M. Larrey. Je profiterai de la discussion qui vient d'avoir lieu dans la Société sur l'excision des amygdales pour présenter une addition que j'ai apportée à la pince-érigne , dans

le but de faciliter cette opération. Il s'agit simplement d'une plaque mobile en ivoire qu'on fixe à l'une des hranches de l'instrument. De cette façon, en mêmc temps que les mors acérés saisissent la tonsille, la plaque dont il est muni appuie sur tonte la largeur de la langue et l'abaisse au point de donner toute liberté au jcu du bistouri. C'est donc un abaisse-langue que j'ai ajouté à la pince de Museux, et je m'en suis bien trouvé chez l'enfant pour lequel je l'ai imaginé.

Réduction d'une ancienne luxation du bras.

M. Maisonneuve. Un homme avait depuis trois mois une luxation sous-pectorale du bras droit. Elle avait résisté à un grand nombre de tentatives énergiques faites par différents praticiens, avec ou sans chloroforme. M. Velpeau lui-même, qui les avait renouvelées en dernier lieu, n'avait pu opérer la réduction, à laquelle il avait renoncé dans la crainte d'accidents graves.

Il me semble qu'en dirigeant autrement les manœuvres qu'on ne l'avait fait, on pourrait peut-être en obtenir plus de succès, et voici comment je procédai :

Le malade assis sur une chaise un peu élevée, un coussin carré de balle d'avoine est placé dans l'aisselle du côté luxé, et une alèze, dont le plein pose sur ce coussin, embrasse la poitrine, pour aller du côté opposé engager ses deux extrémités dans un anneau scellé au mur. Une deuxième alèze, également pliée en cravate, dont le milieu appuyait sur l'épaule saine, descendait en avant et en arrière du tronc, passait entre les cuisses du sujet et sous la chaise, à laquelle elle l'attachait en quelque sorte. Un lacs extenseur est ensuite fixé à la partie inférieure du bras, et en outre sur le poignet, afin de répartir la pression sur une plus large surface. Un troisième lacs entourant la partie supérieure du bras et destiné à exercer des tractions, non plus parallèles à l'axe du membre comme les précédents, mais perpendiculaires, dans le but de détacher la tête de l'os en l'amenant de dedans en

dehors. La chloroformisation ayant été portée au point de paralyser complétement l'action musculaire, quatre aides tirent sur les trois lacs, trois sur ceux qui sont disposés dans le sens de la longueur du membre, et l'autre sur celui qui devait agir transversalement.

Une première tentative échoue; une seconde est faite, en dirigeant la traction du dernier lacs en arrière au lieu de la diriger en dehors; alors la tête se dégage, et appuyant le haut du bras sur le genou, je la ramène complétement à sa place. Cette dernière tentative n'a pas duré plus de dix à douze minutes.

J'attribue cette réduction beaucoup plus au sens des tractions qu'à leur énergie, et je suis convaincu qu'en se conduisant d'après ce principe on rencontrera peu de luxations anciennes dont on ne puisse triompher. Quelles résistances y a-t-il à vaincre ici, en effet? Il n'y a presque pas d'engrenage; les muscles sont neutralisés par le chloroforme; il ne reste donc que des adhérences fibreuses: l'on pourra presque toujours les surmonter, les rompre.

M. Chassaignac. Ce succès de M. Maisonneuve, après qu'un homme habile avait échoué, me paraît d'autant plus remarquable, qu'à mon sens M. Maisonneuve n'a pas employé le meilleur moyen de réduction. Mais d'abord, pourquoi n'avoir pas fait coucher le malade, puisque la chloroformisation est plus dangereuse dans la position verticale? Le procédé que je regarde comme préférable à celui que M. Maisonneuve a mis en usage est le procédé du talon. C'est celui auquel j'ai habituellement recours: il m'a déjà réussi douze ou quinze fois dans des déplacements récents, et dernièrement chez une femme dont la luxation datait de six semaines. Il me paraît l'emporter sur les autres, surtout par cet avantage fondamental qu'il permet au chirurgien de tirer de lui-même toutes les forces qu'il emploie pour l'extension, la contre-extension et la coaptation, et d'en régler ainsi bien plus facilement la direction et l'intensité, toutes les conditions. Je ne sais ce qui a

pu éloigner de cette pratique, si ce n'est les préparatifs et l'attitude qu'elle impose au chirurgien, auquel il répugne peut-être de se déchausser et de se coucher auprès du malade. Quant à moi, je m'y soumets très volontiers en les simplifiant. Je me borne à faire étendre sur le parquet une couverture de laine pliée en plusieurs doubles, suivant sa longueur, avec un oreiller pour soutenir la tête du sujet, et à garnir l'aisselle avec un drap pour la protéger contre ma chaussure.

Il n'y a jamais d'accidents, et la réduction est toujours très facile, même sans chloroforme. Chez la femme dont j'ai parlé, j'échouai d'abord en appliquant le talon dans l'aisselle, et en tirant le membre en bas. Alors j'appliquai le talon sur la voûte acromio-claviculaire en tirant en haut, et je réussis. C'était changer la direction de l'extension et le point d'application de la contre-extension; mais au fond, c'était toujours le procédé du talon combiné, si l'on veut, avec celui de l'élévation.

Pour revenir à la conclusion de M. Maisonneuve, je dirai, avec lui, que depuis l'intervention des anesthésiques, l'étude de la réductibilité des luxations anciennes est à recommencer.

M. Larrey. Je ferai observer que ce procédé se rapproche beaucoup du procédé de la serviette, employé par mon père. J'exprimerai en même temps le désir de voir mieux systématiser les méthodes et les procédés de réduction, dont l'exposition offre encore une regrettable confusion. Quant au chloroforme, il est certainement appelé ici à rendre des services, et j'ai été l'un des premiers à les signaler.

M. Morel-Lavallée. Il y a dans la communication de M. Maisonneuve deux choses : le fait et les déductions qu'il en a tirées. Le fait est intéressant; moins peut-être par le succès lui-même que par la manière très rationnelle dont les manœuvres de réduction ont été conduites. Il ne faudrait pas s'exagérer la mesure des tentatives auxquelles s'est livré M. Velpeau ; elles ont été très modérées, parce que les mou-

vements s'étaient rétablis dans de notables limites, qui ne pouvaient que s'accroître par la suite, et qu'en portant ces essais plus loin, on s'exposait à des accidents sérieux pour un résultat incertain, et qui n'était pas, au fond, d'une grande importance. J'apprendrais, a-t-il ajouté, avec plus de satisfaction que de surprise, que la réduction aurait été opérée par d'autres mains.

Maintenant, dans les considérations par lesquelles il termine, M. Maisonneuve, passant en revue les obstacles qui s'opposent à la réduction, l'engrenage qui est presque nul, la contraction musculaire, qu'on neutralise par le chloroforme, les adhérences fibreuses, qu'on parvient à rompre, il arrive à cette conclusion : qu'il n'y a pas de luxation, si ancienne qu'elle soit, réellement irréductible. Mais il y a ici un point essentiel que M. Maisonneuve semble perdre de vue ; il le sait mieux que moi, la réduction d'une luxation ancienne est loin d'être seulement une question de résistance à vaincre, mais elle présente le danger de la rupture grave et même mortelle des vaisseaux et des nerfs, ou de l'arrachement des racines nerveuses à la moelle épinière, etc. En un mot, ce qui arrête le chirurgien dans ces tentatives, ce n'est pas une insuffisance physique; il parviendrait toujours à dégager l'os avec les forces bien plus que suffisantes dont il dispose; ce qui met des bornes à ses efforts, c'est la crainte des déchirures vasculaires et nerveuses que nous venons de rappeler, lésions dont le chloroforme ne met nullement à l'abri.

M. Maisonneuve, revenant à l'appréciation des obstacles qui s'opposent à la réduction et de l'efficacité des moyens que l'art possède, tels que la force et surtout la direction des tractions, la circumduction, les sections sous-cutanées, arrive à conclure qu'à l'aide des anesthésiques on peut encore essayer la réduction au bout de dix à douze ans.

Quant aux ruptures des vaisseaux et des nerfs, on en a sans doute des exemples; mais il y a chirurgie et chirurgie; il y a des limites dans la force qu'on emploie, des précautions à

prendre, des règles qui n'ont pas été suivies, et cet accident est la faute du chirurgien entre les mains duquel il arrive. La science a fait des progrès : on sait mieux aujourd'hui l'importance de la direction qu'on doit imprimer aux tractions ; M. Nélaton l'a fait voir pour la mâchoire inférieure ; ce point est également bien établi pour la cuisse. Je rappellerai deux cas bien propres à faire sentir cette importance : l'un appartient à Larrey, qui a vu une luxation du fémur résister à des tractions des plus énergiques et en apparence des mieux entendues, se réduire spontanément au moment où un infirmier maladroit donnait au membre démis une fausse position en replaçant le malade dans son lit; dans l'autre cas, le sujet, dont la luxation n'avait pu non plus être réduite, posait le pied sur le marchepied de sa voiture, qui se mit en mouvement d'une manière imprévue; il en résulta une secousse qui réduisit le déplacement. Enfin, nous avons le chloroforme qui est d'un si grand secours!

M. Morel-Lavallée. Je répondrai à M. Maisonneuve que les accidents sur lesquels j'ai insisté sont arrivés à des chirurgiens d'un grand mérite et très rapprochés de nous; il me suffira de citer Flaubert, de Rouen, et Boyer, le prudent Boyer lui-même. Quant aux progrès introduits dans la réduction des luxations, progrès dont il ne faut pas d'ailleurs s'exagérer la portée, comment empêcheraient-ils la rupture de vaisseaux et de nerfs devenus trop courts pour se prêter au chemin que l'extrémité osseuse doit parcourir, surtout quand l'étendue de ce chemin, impossible souvent à calculer et à maintenir dans des limites convenables, peut être dépassée sous l'influence d'efforts excessifs ? M. Maisonneuve compte beaucoup sur le chloroforme ; eh bien! j'avouerai que j'ai toujours été effrayé de l'intervention de cet agent dans la réduction des luxations anciennes. Dans un déplacement récent, les muscles paralysés, il n'y a presque plus de résistance à vaincre, et conséquemment aucune rupture n'est à redouter; mais, dans les luxations anciennes, après les muscles il reste les adhérences

fibreuses qui exigeront fréquemment une force considérable. Et voici le danger du chloroforme : il ôtera au malade cette sensation qui est l'annonce et comme la menace d'une lésion grave et l'empêchera de donner par un cri instinctif un avertissement salutaire au chirurgien. Il me semble donc qu'on ne doit recourir ici aux anesthésiques qu'avec une extrême réserve.

M. Larrey. Pour se faire une idée de la résistance qu'on peut rencontrer dans ces cas, il suffit de se rappeler qu'on a échoué plus d'une fois avec les moufles.

M. Forget. Outre le danger qui vient d'être signalé dans l'emploi du chloroforme, il y en a un autre. Comme on répète l'administration de cet anesthésique avec les tentatives de réduction, on est exposé à en exagérer la dose totale et à déterminer un véritable empoisonnement. D'un autre côté, si la résistance physique n'est pas la seule chose qui doive arrêter le chirurgien, les ruptures vasculaires et nerveuses ne sont pas non plus les seuls accidents qui doivent fixer son attention. Lisfranc avait réussi à réduire une luxation qui datait de quatre mois ; une heure après, nous allâmes voir le malade à son lit, il était mort : il avait succombé à une congestion cérébrale, qui fut constatée à l'autopsie.

M. Chassaignac. Il ne faut pas oublier non plus qu'il y a encore un autre ordre d'obstacles réellement insurmontables à la réduction des luxations anciennes, obstacles le plus souvent impossibles à reconnaître; ce sont : une fracture, ou une déformation de la cavité glénoïde, ou une déformation de la tête humérale, ou le passage de cette tête à travers le sous-scapulaire qui l'étrangle, en quelque sorte, au niveau de son cal.

M. Maisonneuve. Avec de l'habitude, l'inconvénient dont a parlé M. Forget n'est nullement à craindre ; on arrive promptement à administrer convenablement le chloroforme, même sans le peser, ni le mesurer. Je répète qu'à l'aide de cet agent on réussira le plus souvent ; je n'ai pas voulu dire toujours, quoique ce fût le fond de ma pensée, surtout si les tractions

sont bien dirigées. Est-ce que par des efforts méthodiques, des tractions, des mouvements de circumduction, on ne rompra pas toutes les adhérences fibreuses ?

M. Lenoir. Oui, avec les artères et les nerfs.

M. Maisonneuve. Non, sans que les artères et les nerfs soient déchirés. A l'aide d'extensions préparatoires, on évitera ces accidents, comme on les a évités en redressant des membres fortement rétractés.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, M.-L.

Séance du 10 *juillet* 1850.

Présidence de M. Danyau.

A propos du procès-verbal, M. Forget revient sur le fait qu'il a cité dans la dernière séance, et en donne le résumé succinct que voici :

Luxation en dedans et en bas (interne et inférieure) ; elle datait de quatre mois ; elle était caractérisée par les signes suivants :

1° Affaissement du moignon de l'épaule ;

2° Saillie acromiale très prononcée ;

3° Enfoncement sous-acromial permettant de constater, avec les doigts, le vide de la cavité glénoïde ;

4° Existence d'une saillie osseuse au-devant de l'aisselle contre la poitrine, à deux pouces au-dessous du tiers externe de la clavicule ;

5° Soulèvement artificiel de cette tumeur, appréciable au regard et au toucher, lorsqu'on imprime au coude des mouvements de rotation ;

6° Allongement de deux pouces du membre, mesuré de l'acromion à l'olécrane ;

7° Ecartement du coude du côté correspondant de la poitrine, et impossibilité de le rapprocher au contact ;

8° Déviation convergente de l'axe longitudinal de l'humérus

par rapport à la ligne médiane du tronc; on voit, en suivant la ligne axuelle de l'humérus, qu'il forme, avec la partie supérieure du tronc, un angle aigu;

9° Flexiou légère de l'avant-bras sur le bras;

10° Elévation du membre fort incomplète, aussi bien que plusieurs autres mouvements volontaires.

Mode de réduction suivi. — Lacs contentif dans l'aisselle; lacs extensif sur le poignet confié à sept aides. Un lacs coaptateur ou ascendant fut passé au côté interne et supérieur du bras, et passé derrière le cou du chirurgien. Une saignée de quatre palettes fut pratiquée avant toute tentative de réduction. Ce fut à la quatrième tentative de réduction que la tête humérale rentra dans la cavité glénoïde en faisant entendre un bruit assez marqué.

Un bandage contentif est appliqué, et le malade retourne à pied à son lit.

Une heure après cette réduction, le malade est trouvé pâle, sans réaction fébrile; bientôt il pousse un cri et meurt instantanément.

Autopsie. — Les organes de la poitrine et du ventre ne présentent rien de notable; le cœur seul est un peu volumineux.

Dans le crâne, on constate une injection vive des méninges. Le sinus longitudinal et les autres sinus sont remplis de sang non coagulé. Le cerveau a sa consistance normale; la substance grise est plus colorée que d'ordinaire; substance blanche fortement sablée. Par ces points ainsi sablés, on voit suinter du sang noir. Sur chaque coupe de substance cérébrale, les vaisseaux restent béants et versent du sang. Sérosité assez abondante dans les ventricules latéraux; couleur rouge de la substance grise corticale. La substance blanche du cervelet est sablée comme celle du cerveau.

Dissection de l'articulation. — La dissection des téguments étant faite, on constate une ecchymose depuis le bord du grand pectoral jusqu'à la partie moyenne du cou, et depuis l'extrémité sternale jusqu'aux fosses sus et sous-épineuses.

Artères, veines, plexus à l'état normal.

Incision des muscles pectoral et deltoïde; tissu cellulaire infiltré de sang. La tête de l'humérus est appliquée sur la cavité glénoïde; mais, plus saillante que d'habitude, elle est coiffée de toutes parts par une enveloppe fibreuse, épaisse, l'enveloppant et simulant la capsule normale.

La grosse tubérosité de l'humérus paraît seule en dehors de cette enveloppe fibreuse; elle est dénudée, rugueuse, érodée, entourée de quelques stalactites osseuses. Après avoir incisé crucialement cette poche fibreuse, et avoir coupé le tendon du muscle sous-scapulaire, on met la tête de l'os à nu. Cette tête, qui ne montre pas le moindre degré d'atrophie, repose immédiatement sur la cavité glénoïde. Entre elle et cette cavité, existe une couche de tissu fibreux, présentant à son centre une ouverture elliptique d'un pouce de hauteur sur trois lignes de largeur. Ce tissu simule assez bien une bourse à coulisse qui aurait été froncée en la fermant. L'ouverture en question permet d'introduire le doigt et de toucher la cavité glénoïde, dont la surface scapulaire est légèrement dépolie.

Le tissu fibreux forme un cul-de-sac circulairement limité à tout le pourtour de la cavité glénoïde. Sa surface interne est lisse, polie, comme celle d'une membrane séreuse. En avant, cette poche fibreuse a très peu de longueur; elle est presque à ras du rebord de la cavité glénoïde. Le tendon du muscle sous-scapulaire lui adhère en arrière; elle offre une longueur de près d'un demi-pouce; elle se continue dans ce dernier sens et se confond avec les extrémités tendineuses des muscles sus et sous-épineux.

Il a été évident que cette couche fibreuse n'est autre que l'ancienne capsule articulaire qui, déchirée en avant au moment de sa luxation, s'est rétractée et resserrée au point que je viens d'indiquer; cette circonstance, que Jean-Louis Petit avait déjà indiquée comme pouvant se rencontrer et faire ainsi obstacle à la réduction, rend compte de la saillie de la tête humérale après la réduction.

D'après l'examen attentif de la pièce, il est facile de reconnaître le lieu où reposait la tête humérale; elle était placée en dessous et en dedans de la base de l'apophyse coracoïde contre le muscle sous-scapulaire dont le tendon, très élargi, offre une surface de près de deux pouces de haut en bas, lisse, polie, ayant l'aspect des membranes synoviales. Ce muscle s'est excavé et moulé en quelque sorte sur l'extrémité arrondie de l'humérus. L'omoplate présente, en outre, une petite facette accidentelle formée par le contact de la tête de l'humérus.

Le tissu fibro-cartilagineux, que nous avons dit entourer cette dernière et adhérer au col anatomique, se continue avec le bord supérieur du tendon du muscle sous-scapulaire. En haut, ce tissu contient dans son épaisseur des noyaux cartilagineux et des plaques osseuses; en bas et en dehors, il reçoit en partie l'expansion fibreuse des muscles sous et sus-épineux.

Le tendon de la longue portion du biceps s'engage en haut entre les débris de la capsule primitive et le tissu fibreux accidentel. La disposition de ce tendon mérite de fixer l'attention. Ce tendon, le bras étant en position, décrit une courbure dirigée de dedans en dehors; il est sorti de sa coulisse naturelle, qui est rugueuse, inégale et moins profonde. Du rebord antérieur de cette coulisse s'élève une production osseuse en vive arête, décrivant une courbure à convexité antérieure et allant se terminer à la partie postérieure de la grosse tubérosité humérale; cette crête osseuse s'incurve sur elle-même comme pour former un demi-canal ou une gouttière qui retient le tendon, et lui offre un canal de glissement supplémentaire. La surface correspondant au tendon est très lisse.

La sortie du tendon du biceps de sa coulisse avait été signalée, mais personne n'avait encore indiqué la formation d'une crête osseuse remplissant l'office d'un canal accidentel.

M. Gosselin demande si le rachis a été ouvert; il insiste

sur l'importance des recherches à faire dans ces cas du côté de la moelle épinière et de l'origine des nerfs. Il cite le fait de M. Flaubert, de Rouen, où, à la suite de tentatives de réduction d'une luxation scapulo-humérale suivie de mort, on trouva à l'autopsie du sujet un certain nombre des nerfs formant le plexus brachial arrachés ; on comprend l'importance de pareilles recherches à la suite d'un fait de ce genre.

M. Forget dit que le rachis a été examiné, et que rien de semblable n'existait ; d'ailleurs, ajoute-t-il, le malade put se lever, marcher et se rendre à son lit, ce que l'on comprendrait difficilement avec l'existence d'un arrachement des nerfs formant le plexus brachial.

M. Forget insiste, de plus, sur la nécessité de recueillir tout ce que l'anatomie pathologique renferme de précis sur les luxations anciennes ; c'est dans cette étude que l'on pourra trouver les éléments nécessaires à la solution de cette question de la réduction des luxations anciennes.

M. Lenoir signale un fait intéressant qui démontre que les luxations récentes réduites avec facilité présentent aussi certains dangers. Voici le fait : Un homme de forte stature, à système musculaire largement développé, s'exerçait à lever des poids assez considérables : dans un effort qu'il fit pour en soulever deux au-dessus de sa tête, il se fit une luxation de l'humérus en bas. Cet homme entra immédiatement à l'hôpital Necker. M. Lenoir le soumit à l'action du chloroforme, et la réduction se fit avec une grande facilité ; néanmoins, le malade fut pris d'une paralysie du mouvement avec conservation du sentiment. Une médication énergique fut instituée : saignées, vésicatoires, frictions, stimulants, tout jusqu'à ce jour fut inutile. Que s'est-il donc passé ? M. Lenoir est porté à croire qu'il y a eu lésion quelconque du plexus brachial, malgré le peu d'efforts qu'il fallut faire pour réduire cette luxation.

M. Larrey signale un fait analogue au précédent, qu'il a actuellement sous les yeux au Gros-Caillou. Il s'agit, en effet,

d'un homme fort et vigoureux qui se fit une luxation scapulo-humérale; cette dernière fut réduite avec facilité par le chirurgien de garde, et cependant, malgré le peu de force employée et la réduction facile de cette luxation, il y a une paralysie qui pourrait devenir persistante.

M. Huguier, revenant sur les paralysies qui suivent les luxations anciennes ou récentes, dit qu'il faut établir une division parmi ces paralysies. Elles peuvent, en effet, être générales, occuper tout le membre qui a été affecté de luxation, ou locales, c'est-à-dire bornées au deltoïde, comme cela a lieu dans le fait signalé par M. Larrey. Toutefois, dit M. Huguier en terminant, la paralysie n'est pas le seul accident qui survienne dans des tentatives de réduction faites sur des luxations anciennes; il peut survenir des déchirures musculaires, des fractures, des déplacements de fragments osseux qui gênent l'action du chirurgien dans ses manœuvres de réduction, comme cela s'est vu récemment à Beaujon dans le service de M. Robert. Ce chirurgien, aidé de M. Malgaigne, cherchant à réduire une luxation du fémur en dedans dans le trou obturateur, éprouvait une résistance insolite; malgré le chloroforme et la moufle, la réduction se fit cependant. Mais bientôt des accidents inflammatoires graves survinrent du côté de l'articulation coxo-fémorale qui entraînèrent la mort du malade.

A l'autopsie, on constata que les difficultés éprouvées dans la réduction tenaient à la présence d'un fragment osseux considérable sur lequel la tête fémorale était accrochée.

M. Morel-Lavallée. Dans plusieurs faits analogues à celui de M. Lenoir, j'ai été frappé d'une lacune qui me paraît grave. Il n'est rien dit dans aucune observation de l'état d'innervation du membre avant les tentatives de réduction. Or n'est-il pas possible que, dans la luxation même, la tête de l'os en se déplaçant comprime et blesse le plexus ou ses branches, surtout lorsque, comme dans le cas de M. Lenoir, la cause luxante a été considérable et les efforts de réduction extrêmement

modérés? Je demanderai donc à M. Lenoir si l'on avait constaté l'absence de la paralysie avant la réduction ; éclaircissement qui me semble d'une importance capitale.

M. Lenoir. Je regrette effectivement de n'avoir pas porté mon attention sur ce point. Cependant je crois me rappeler que l'avant-bras était fléchi sans être soutenu ; ce qui dénoterait une absence de paralysie. Du reste, je tâcherai de compléter ce renseignement.

M. Larrey dit que sur son malade il y avait une contusion assez forte de l'épaule. Puis revenant aux accidents qui accompagnent les luxations anciennes, il cite un fait qui s'est passé à l'Hôtel-Dieu, un jour que M. le professeur Roux avait prié M. Sédillot de venir près de lui pour qu'il fît l'application de la moufle sur un malade affecté de luxation ancienne. Un inconnu tentait à lui tout seul la réduction d'une luxation ancienne de l'humérus que portait un malade de M. Breschet. La tentative ne fut pas très malheureuse, car il fractura l'humérus et disparut ensuite.

M. Chassaignac dit que souvent la paralysie qui suit la réduction de certaines luxations a été rapportée à son procédé de réduction, que pour son compte il trouve avantageux, et qui ne lui a jamais donné aucun accident; il s'agit de l'emploi du talon. Seulement il garnit soigneusement l'aisselle avec un coussin afin de prémunir les parties d'un froissement trop rude. Pour ce qui est du chloroforme, il en admet l'usage; il combat cet argument, que les malades ne peuvent point avertir le chirurgien des sensations qu'ils éprouvent. Ce dernier, par sa prudence et son expérience, est meilleur juge que le malade lui-même du degré auquel doit être porté la puissance extensive. Pour ce qui est de l'observation de M. Forget, elle ne prouve pas ce que son auteur voudrait lui faire prouver. Ce n'est là qu'un fait de coïncidence.

M. Forget dit qu'il y a dans la physionomie de l'homme qui est sous le coup de la douleur quelque chose qui impressionne le chirurgien et qui le guide en quelque sorte dans ses

efforts. Quant au chloroforme, il faudrait en déterminer la dose. Dans le fait qu'il a rapporté, il ne peut admettre qu'il n'y ait là qu'une simple coïncidence, l'individu était bien portant avant toute tentative de réduction, et une heure après celle-ci il était mort.

A l'autopsie on constate une forte congestion cérébrale; il y a donc dans le fait en question corrélation et non coïncidence. M. Forget insiste, en terminant, sur le vague et l'incertitude de la science relativement à la réductibilité des luxations. A quelle époque en effet le chirurgien doit-il cesser d'agir? quelle force peut-il employer? Il serait heureux que la Société de Chirurgie fixât la science à cet égard.

M. Larrey répond que M. Sédillot, par l'emploi du dynamomètre, a résolu un problème difficile; par l'usage de cet instrument, le chirurgien n'agit plus en aveugle, il sait la force qu'il emploie.

M. Huguier se plaint de ce que jusqu'à ce jour l'anatomie pathologique des luxations n'ait point été mieux faite; des notions très importantes pour le chirurgien ressortiraient d'un examen plus attentif. Il cite à l'appui de son opinion le fait d'une luxation du fémur ancienne, où la capsule fibro-séreuse articulaire, épaissie, indurée, était tendue au-devant de la cavité cotyloïdienne et opposait une résistance presque invincible à la réduction.

M. Larrey fait observer que M. Sédillot n'a point eu la prétention de dire à quel degré on devrait s'arrêter; l'avantage du moyen, c'est de régulariser les forces.

M. Denonvilliers dit que l'avantage du dynamomètre, c'est de graduer l'extension et de la maintenir dans un état régulier; tandis que les aides se livrent à des mouvements saccadés et non successifs, et passent, ainsi qu'il a pu le constater dans les expériences de M. Malgaigne, d'un degré d'extension très faible à un degré extrême qu'il n'est point prudent d'atteindre. L'opérateur, dit M. Denonvilliers, qui livre ainsi l'extension à des aides ne sait pas la puissance qu'il a déployée;

ce fait est en quelque sorte perdu pour lui-même quand la réduction est obtenue; tandis qu'avec le dynamomètre il n'en n'est point ainsi; il sait que dans telle circonstance il a réduit avec une force donnée, et dans telle autre avec une autre force également déterminée.

Toutefois, suivant lui, le dynamomètre ne doit être employé qu'à la réduction des luxations anciennes et lorsque l'opérateur est obligé d'avoir recours à une grande puissance. Suivant M. Denonvilliers, les fractures qui surviennent dans la réduction des luxations ne sont pas produites par l'extension, mais dans le mouvement de coaptation. Il fut témoin d'un accident de ce genre qui arriva à Bérard (Auguste), et c'est dans ce temps de l'opération que la fracture s'est produite.

M. Chassaignac revient encore sur le dynamomètre, dont les avantages n'ont point été discutés au sein de la Société. Il reconnaît que le dynamomètre indique, en effet, la somme des efforts produits pour réduire une luxation ; mais l'examen attentif des parties sur lesquelles on agit est, pour M. Chassaignac, un garant plus sûr que le dynamomètre, puisque, *à priori*, on ne peut point déterminer la limite à laquelle on doit s'arrêter sur un sujet donné.

— Après cette discussion, M. Larrey fait un rapport sur l'état des archives de la Société.

— M. Lenoir appelle l'attention de la Société sur un calcul volumineux comme un œuf, très irrégulier, composé d'oxalate de chaux, extrait tout récemment par la taille latéralisée ; l'extraction en fut difficile en raison des aspérités dont ce calcul était couvert. Néanmoins, la présence de ce calcul ne déterminait presque aucun accident.

M. Chassaignac fait observer que le calcul présenté par M. Lenoir ressemble en tout point au calcul rénal ; il se demande si, après s'être développé dans l'organe formateur de l'urine, il ne serait point tombé par un mécanisme particulier dans la cavité vésicale. Il regrette qu'une analyse compara-

tive n'ait point été faite des calculs rénaux et vésicaux. Comment admettre, en effet, la présence longtemps continuée d'un calcul aussi irrégulier dans la vessie sans qu'il déterminât des accidents ?

M. MOREL-LAVALLÉE. Je rappellerai à M. Chassaignac que les faits de calculs rugueux et inégaux sans douleur sont loin d'être rares, et que M. Civiale reproche même aux auteurs d'avoir présenté ce cas comme exceptionnel. Cette indolence de la vessie n'exclut donc pas ici l'idée de la formation de la pierre dans ce réservoir.

— Pour cause de santé, un congé de deux mois est accordé à M. Lenoir.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le vice secrétaire, DEMARQUAY.

Séance du 17 *juillet* 1850.

Présidence de M. DANYAU.

Hypertrophie des follicules cutanés.

M. HUGUIER présente à la Société une négresse de dix-huit ans, qui porte sur la région sternale plusieurs tumeurs caractérisées de la manière suivante : ces tumeurs, qui se sont développées à la suite d'une contusion, ont un volume qui varie depuis celui d'un grain de millet jusqu'à celui d'une petite noisette. Elles font relief à la surface de la peau, bien qu'elles soient plutôt sessiles que pédiculées. Elles sont la plupart assez régulièrement arrondies, avec une légère dépression à leur centre ; toutes sans changement de couleur aux téguments, dures et indolentes. Ces tumeurs, dit M. Huguier, qui n'offrent guère d'analogie qu'avec la kéloïde, s'en distinguent surtout par l'absence de ces racines rameuses et saillantes qu'on observe dans cette dernière affection. L'ensemble de leurs caractères et principalement la petitesse du volume primitif de la tumeur et sa dépression centrale autorisent, je crois, à re-

garder cette maladie comme une hypertrophie des follicules cutanés; les tumeurs qui sont irrégulières seraient constituées par une agglomération de follicules. J'en ai enlevé une; elle était entièrement solide, et l'examen anatomique semble confirmer l'idée de sa nature folliculeuse. Du reste, c'est un point que j'achèverai d'éclaircir à l'aide du microscope.

M. Gosselin. Je partage l'opinion de M. Huguier sur la nature de ces tumeurs. J'en ai vu de semblables au scrotum et aux paupières, et l'étude de leur texture m'a laissé la conviction qu'il s'agissait d'un follicule, dont la cavité s'était oblitérée, en même temps que ses parois s'étaient hypertrophiées.

M. Larrey. Sans contester l'opinion qui vient d'être émise, je désirerais des renseignements sur les antécédents de la santé de cette jeune fille et sur celle de ses parents. Il y a dans la pathologie des nègres des particularités qui me semblent exiger cette réserve.

M. Giraldès. Je ne pense point que ces tumeurs consistent dans une hypertrophie des follicules. Ces follicules, ou plutôt ces glandes, qui sont placés dans l'épaisseur du derme, ne font point ainsi, dans leur développement, de saillie à l'extérieur. Les compartiments de leur cavité peuvent devenir le siége de concrétions crétacées; mais l'hypertrophie de leurs parois ne va point jusqu'à oblitérer l'organe et à le transformer en un corps complétement solide. Quant aux tumeurs que M. Gosselin a rencontrées sur le scrotum, elles me paraissent appartenir à ce qu'on a décrit sous le nom de cancer des ramoneurs, dont je viens de voir un exemple dans un hôpital de Londres.

M. Huguier. La saillie de la tumeur à l'extérieur, loin d'être incompatible avec sa nature folliculeuse, s'explique, au contraire, parfaitement. Le follicule, en s'hypertrophiant, s'échappe à travers une des aréoles du derme, et se prononce de plus en plus à la surface de la peau. Cette aréole peut même

se resserrer sur les vaisseaux qui le nourrissent, les étrangler en quelque sorte, et amener son atrophie. C'est là, selon moi, l'origine de certaines petites tumeurs flasques et ridées qui ne tiennent aux téguments que par un pédicule plus ou moins étroit. Il y a des kystes des organes génitaux qui arrivent au dehors par un mécanisme analogue. Au moment où ils sont encore retenus par une mince couche du derme, ils deviennent le siége d'une démangeaison, les malades se grattent, une ulcération s'établit, et le kyste se produit par cette ouverture.

J'ai voulu appeler l'attention sur ces tumeurs, selon moi folliculeuses, parce que je les ai vu confondre une fois avec les syphilides verruqueuses. Ce cas était même remarquable par le nombre de ces tumeurs, qui étaient répandues sur presque toute la surface du corps. Je les ébarbai successivement; elles disparurent, et la peau reprit son aspect lisse et poli; c'était chez une femme.

Exostose du tibia.

M. Chassaignac. La cicatrice que vous venez de voir à la partie inférieure de la jambe chez la jeune fille que j'ai présentée à la Société résulte de l'ablation d'une exostose.

Cette tumeur osseuse, qui datait de sept à huit ans, siégeait à la partie antérieure du membre, près du cou-de-pied. La rapidité avec laquelle elle s'était accrue dans les derniers temps faisait craindre qu'elle ne compromît les fonctions de cette jointure, et c'est ce qui m'a décidé à l'opération.

L'exostose répondait à l'espace inter-osseux. Voici comment je procédai à son ablation : une incision courbe est faite aux téguments; le lambeau, renversé, permet d'écarter les muscles; mais ici une difficulté se présente; il est impossible de circonscrire la tumeur ni en dedans, ni en dehors, et de savoir si elle naît du tibia ou du péroné. Dans cette incertitude, j'enlevai l'exostose couches par couches, à l'aide de la scie de Martin, et je ne tardai pas à reconnaître qu'elle avait

son origine au tibia. Le pansement fut fait par occlusion, et la plaie a marché régulièrement à la guérison. Ce cas me paraît intéressant sous le rapport du siége de l'exostose et du mode opératoire qu'elle a exigé.

M. Huguier. Je me demande si la simple scie en crête de coq n'eût pas parfaitement suffi dans ce cas ; mais c'est moins pour cette observation que je prends la parole, que pour signaler les dangers qui suivent quelquefois ces opérations. Dernièrement, j'avais enlevé une petite exostose pédiculée du condyle interne du fémur. L'opération avait été des plus simples : incision des parties molles, résection de l'exostose avec une pince incisive, réunion immédiate à l'aide de bandelettes agglutinatives. Tout alla bien d'abord ; mais, au bout de trois jours, il se manifesta une hydarthrose du genou, et des abcès à la partie inférieure et interne de la cuisse. Ces tumeurs ne doivent donc être attaquées que lorsqu'elles menacent ou gênent les fonctions du membre, comme chez la malade de M. Chassaignac, ou chez le mien, qui se destinait à la cavalerie.

Résection du coude.

M. Maisonneuve. Un malade avait, à la partie inférieure de l'humérus, une fracture qui communiquait avec l'articulation et avec l'air extérieur. Au bout de six semaines, la suppuration, qui s'était emparée du foyer de la fracture et de l'article, était devenue tellement abondante qu'une opération me parut nécessaire. Je procédai à la résection du coude ainsi qu'il suit :

1° Incision simple des téguments en arrière ; 2° section de l'olécrane à la manière de Pack et de Dupuytren ; 3° section du ligament latéral externe ; 4° refoulement du nerf cubital en arrière, sans le découvrir, et section du ligament latéral interne ; 5° dissection et résection de l'extrémité inférieure de l'humérus ; 6° résection du cubitus de dehors en dedans ; 7° résection de la coupule du radius. L'opération a été facile ; elle n'est que d'hier ; je rendrai compte de ses résultats.

M. Chassaignac. Le chirurgien qui a le malade sous les yeux est plus à même que qui ce soit de juger la question des indications; aussi demanderai-je à M. Maisonneuve de vouloir bien nous dire les raisons qui l'ont porté à cette grave détermination, d'autant plus que l'époque de danger des fractures compliquées était franchie.

Quant à mon procédé de résection, dont s'est rapproché M. Maisonneuve, je rappellerai qu'il consiste essentiellement : 1° dans une incision unique ; 2° dans la section des os avant leur désarticulation ; 3° dans leur extraction successive.

M. Maisonneuve. Ce qui m'a paru rendre l'opération indispensable, c'était l'absence de tout travail de consolidation, la suppuration intarissable du foyer de la fracture et de l'articulation, et l'épuisement du malade, dont la chance la moins fâcheuse eût été une guérison par ankylose ; et cette chance, d'ailleurs bien incertaine, eût été achetée au prix de dangers si graves que la prudence défendait de les lui laisser courir.

Machine pour la réduction des luxations anciennes de l'épaule.

M. Ferdinand Martin présente un appareil mécanique qu'il a employé dans un cas de luxation ancienne du bras. Cet appareil prend son point d'appui, d'un côté, sur la poitrine par une sorte de plastron qui emboîte la racine du membre, et, d'un autre côté, sur l'avant-bras demi-fléchi, sur lequel s'applique une plaque également rembourrée. La tige métallique, qui joint ces deux points, s'allonge au moyen d'une vis, et exerce ainsi à la fois l'extension et la contre-extension. De plus, au moment où les tractions sont jugées suffisantes, un mouvement de clavette fait tout à coup cesser l'action de l'appareil et permet la coaptation.

— *M. Blot* présente sa thèse inaugurale sur l'albuminurie chez les femmes enceintes. (Rapporteur, M. Forget.)

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, Morel-Lavallée.

Séance du 24 juillet 1850.

Présidence de M. Danyau.

Tumeurs cutanées.

M. Giraldès. J'ai examiné à l'œil nu et au microscope la tumeur qui m'avait été remise par M. Huguier, et j'ai constaté qu'elle était composée de tissu fibreux, comme la kéloïde.

M. Demarquay. Je regrette que M. Huguier ne soit pas encore présent à la séance, car il opposerait sans doute aux résultats de M. Giraldès ceux obtenus par plusieurs micrographes qui ont trouvé dans ces tumeurs des éléments folliculaires.

M. Morel-Lavallée. Puisque cette question de texture n'a pas encore reçu de solution définitive, je reproduirai ici une objection que j'avais déjà faite à M. Huguier : c'est que l'hypertrophie des parois d'un follicule conduisant à l'oblitération de sa cavité me paraît en opposition avec l'un des faits les plus constants de la pathologie. Effectivement, l'hypertrophie des parois d'un organe sécrétoire n'implique-t-elle pas un accroissement de l'activité de sa circulation, et conséquemment de sa sécrétion ? Dès lors, au lieu de s'effacer, sa cavité n'a-t-elle pas de la tendance à s'agrandir, surtout si, comme dans ce cas, le produit de sécrétion destiné à être rejeté au dehors, se trouve emprisonné dans la poche par l'occlusion de l'orifice excréteur ? La nature folliculeuse de ces tumeurs solides constituerait donc une exception, une anomalie telle qu'elle aurait besoin, pour être admise, d'être rigoureusement démontrée.

Cancer et cancroïde de la peau.

M. Monod rend compte d'un travail que M. Lebert avait présenté à l'appui de sa candidature, et qui portait le titre que nous venons de rappeler.

Depuis quelques années, dit M. Monod, divers travaux ont

été entrepris en France, en Allemagne et en Angleterre pour éclaircir la question de l'affection qu'on appelait autrefois *noli me tangere* et ulcère chancreux, qu'on a désignée dans ces derniers temps sous le nom de tumeurs épidermiques, et à laquelle M. Lebert propose de donner le nom de cancroïde. Le mémoire qui nous occupe est le fruit de nouvelles recherches faites depuis la lecture d'un premier mémoire lu à l'Institut, et qui l'ont conduit à rectifier plusieurs des idées émises dans ce premier travail.

Le point fondamental de ce mémoire est que le cancer cutané est une maladie générale de l'économie, qui se traduit par une tumeur dont la nature intime consiste dans la formation d'un élément nouveau étranger à l'organisme; l'apparition de cette tumeur est bientôt suivie des symptômes d'une infection générale et de la formation de dépôts multiples et éloignés dans toute l'économie.

Le cancroïde cutané, au contraire, est une maladie locale, dans laquelle l'altération de l'épiderme joue le rôle principal; cette tumeur s'ulcère, et le mal peut alors s'étendre aux parties sous-jacentes, aux muscles, aux os, aux ganglions voisins, mais jamais, quelle qu'ait été la durée de l'ulcère, il n'y a production de tumeurs éloignées, comme dans le cancer; d'où il résulte que la destruction d'un cancroïde doit être suivie de guérison, si l'opération a dépassé les limites du mal, tandis que l'extirpation d'un cancer est immanquablement suivie de récidive, soit sur place, soit ailleurs. M. Lebert a recueilli plus de cent observations de cancer et de cancroïde cutanés. A l'aide de ces faits, il trace l'histoire du cancroïde en général, puis celle du cancroïde des différentes régions. Il dit, en terminant, quelques mots de certaines tumeurs épithéliales de même nature que les tumeurs épidermiques et de la kéloïde, qu'il regarde comme un anneau de la chaîne qui relie entre elles les diverses formes de cancroïde.

M. Monod donne des éloges à ce travail, qui lui paraît avoir une grande importance pratique; mais, n'étant qu'un

chapitre détaché d'un ouvrage plus étendu sur le cancer en général, il aurait besoin d'être retouché pour recevoir la forme d'un mémoire qui pût être inséré parmi ceux de la Société.

M. Monod propose, en conséquence : 1° d'inviter M. Lebert à donner à son travail une forme qui en permette l'insertion dans les Mémoires de la Société ; 2° de le nommer membre titulaire de la Société.

M. Chassaignac. J'ai eu, il y a six ou sept mois, l'occasion d'observer un fait qui ne me paraît guère se concilier avec les principes que M. Lebert cherche à établir. Il s'agit d'une tumeur maligne de la lèvre inférieure qui avait récidivé huit ans après une première opération. D'après M. Lebert, ce n'était pas un cancer, puisque d'autres tumeurs analogues ne s'étaient pas montrées dans d'autres points ; et si ce n'était un cancroïde, comment expliquer cette reproduction au bout d'un temps si considérable ?

La tumeur occupait comme une traînée le bord libre de la lèvre inférieure ; j'en fis l'ablation par un procédé que j'appelle *en tablier*. Je divisai par une incision transversale et parallèle au bord libre de la lèvre la muqueuse qui tapisse sa face postérieure, et je la décollai jusqu'au fond du cul-de-sac qu'elle formait en se relevant sur l'os. Ensuite, j'enlevai le mal par une incision dirigée dans le sens de la première. Enfin, la hauteur de la lèvre étant ainsi diminuée, la muqueuse, que j'en avais détachée, se trouva suffisante pour recouvrir le bord saignant de l'organe jusqu'à la peau. Je maintins en contact avec des points de suture les bords correspondants de la muqueuse et de la peau, et j'obtins en quelques jours une réunion immédiate, qui eût été plus prompte encore avec l'instrument de M. Vidal.

M. Monod. Si la tumeur enlevée par M. Chassaignac s'est reproduite sur place sans que rien d'analogue se soit montré ailleurs, c'est qu'il s'agissait d'un cancroïde, ce qui est entièrement conforme aux idées de M. Lebert. Du reste, M. Lebert

lui-même reconnaît qu'il y a des tumeurs mixtes composées à la fois d'éléments cancéreux et cancroïdes, et l'aspect et la marche de l'affection devront s'en ressentir. L'ulcère chancreux des lèvres, dont Boyer avait indiqué le pronostic favorable, n'était qu'un cancroïde, ainsi que le démontre M. Lebert.

M. Giraldès signale une omission de l'auteur et du rapporteur, qui n'ont parlé ni l'un ni l'autre des recherches importantes et peut-être antérieures de M. Sédillot sur le même sujet. Il ajoute que le chirurgien de Strasbourg a également échoué une première fois chez certains malades, puis réussi après la récidive, probablement parce que d'abord il n'avait pas enlevé tout le mal qui s'est remontré sur place.

M. Larrey fait remarquer l'espèce de contradiction offerte par le cancer des lèvres, qui est plus qu'aucun autre la conséquence d'une violence extérieure, et cependant plus qu'aucun autre suivi de récidive.

M. le président met aux voix la première conclusion du rapport, qui est adoptée ; le vote de la seconde concernant l'élection du candidat est, conformément au règlement, renvoyé à la prochaine séance.

Excision simultanée des deux amygdales.

M. Chassaignac. Malgré la difficulté qu'on éprouve généralement à décider les enfants à se soumettre de bon gré à l'opération pour l'ablation des amygdales, je ne crois pas être démenti par mon collègue, M. Guersant, en disant qu'un assez bon nombre d'enfants se présentent à l'opération d'assez bonne grâce ; mais ce que j'ai remarqué, et ce qu'ont dû remarquer tous ceux qui ont pratiqué beaucoup d'opérations de ce genre chez les enfants, c'est que souvent après l'ablation d'une des amygdales la douleur qu'a causée la première opération ôte à l'enfant tout son courage, et on a la plus grande peine à le décider pour l'opération de la deuxième

amygdale. Une autre difficulté s'ajoute à cela, c'est la sortie du sang qui souvent masque le jeu des instruments dans la seconde opération, et cause des lenteurs fâcheuses. Depuis longtemps le désir d'éviter cet inconvénient m'avait porté à rechercher les moyens de ne mettre aucun intervalle entre les deux opérations, à les faire en quelque sorte simultanément, et à les faire, autant que possible, à sec, du moins sans que le sang de la première opération gênât la seconde. J'avais pensé que si on employait deux tonsillitomes de Fanestock à la fois, on pourrait arriver au but; je me demandais seulement si le placement simultané des deux instruments ne serait pas difficile, et si telle ou telle difficulté non prévue rendrait ce projet difficile ou inexécutable. Ce matin même j'ai eu l'occasion d'être parfaitement édifié là-dessus, et de voir que les résultats allaient au delà de ce que j'avais pensé. Un enfant de quatre ans que m'avait adressé un digne confrère, M. Mazet, ayant été placé sur les genoux d'un aide, j'ai placé successivement sur chaque amygdale un tousillitome, et quand les deux amygdales ont été traversées par la petite fourche, j'ai abattu presque instantanément, et avant que l'enfant ait eu le temps de se plaindre, les deux amygdales. La seconde était déjà retirée de la cavité buccale, que la plaie de la première ablation commençait à peine à donner du sang. Sous ce rapport, je crois pouvoir dire, quoiqu'en exagérant un peu, que la double opération a été faite pour ainsi dire à sec. M. de la Villejouy et les autres personnes présentes ont été surpris de la rapidité et de la netteté de l'opération ainsi faite.

M. Larrey. La résection des amygdales à l'aide du bistouri est une opération très simple; c'était déjà la compliquer que de recourir à un instrument mécanique, et M. Chassaignac ajoute encore à cette complication en doublant le nombre de ces instruments. Je me borne d'ailleurs à faire pressentir les inconvénients de l'extension de cette pratique, qui consisterait à exécuter sur le même sujet plusieurs opérations à la fois,

dans le but d'éviter la difficulté de les lui faire accepter successivement.

M. Maisonneuve. Ce qu'il y a de certain, c'est que, si j'avais à subir la résection de mes deux amygdales, j'aimerais mieux qu'elles fussent enlevées à la fois que l'une après l'autre. Quant à la complication de l'instrument, il ne faut pas s'en préoccuper, si son action est satisfaisante. Le procédé de M. Chassaignac me paraît avantageux, surtout chez les enfants.

M. Monod. Moi, je lui trouve un inconvénient précisément où vous lui voyez un avantage. C'est qu'en enlevant les deux amygdales en une seule fois, on s'expose quelquefois à des hémorrhagies sérieuses.

Inoculation de l'accident syphilitique dit secondaire.

M. Vidal (de Cassis). Je viens faire connaître à la Société de Chirurgie un résultat de mes expériences qui peut avoir de grandes conséquences en syphiliographie.

La pustule, ecthyma, accident de la syphilis dite secondaire, peut être transmise par voie d'inoculation expérimentale de l'homme malade à l'homme malade et de celui-ci à l'homme sain. La personne, en parfaite santé, qui s'est spontanément et courageusement soumise à l'inoculation n'avait aucun antécédent syphilitique. La matière à inoculation a été puisée dans une véritable pustule choisie parmi une foule d'autres portées par un sujet ayant eu un chancre induré et qui n'avait plus aucun accident dit primitif. Ce résultat et d'autres me permettent de considérer la transmissibilité d'un accident syphilitique secondaire comme tout ce qu'il y a de mieux établi. Ce sera, je l'espère, un fait acquis à la science quand j'aurai fourni les preuves irrécusables à la Société de Chirurgie dans un travail que je cherche à rendre digne d'elle. En parlant à une pareille compagnie, je n'aurai nullement besoin de lui recommander de se défaire de certaines préventions doctrinales; et, si elle a connu des faits négatifs, son esprit philosophique lui fera répéter avec M. Robert de Welz,

auteur d'un travail remarquable sur l'*inoculation de la syphilis* aux animaux : *Une expérience positive a plus de valeur qu'une quantité innombrable de résultats négatifs.*

Pour donner plus d'authenticité à ce fait, je ne crois pas avoir besoin de rappeler qu'il a eu un grand nombre de témoins, entre autres des élèves de MM. Michon et Maisonneuve, et que dix ans passés dans un hôpital de vénériens ont dû peut-être me mettre à même de diagnostiquer convenablement une pustule d'ecthyma. Je répéterai seulement que cette pustule était parfaitement caractérisée, et que je me suis entouré de toutes les précautions qu'exigeait la constatation d'un fait nouveau et qui ne devait pas être favorablement accueilli de tout le monde. J'ai voulu vous soumettre ce résultat, sur lequel j'appelle la discussion.

M. LE PRÉSIDENT. Je ne crois pas devoir laisser la discussion s'engager sur ce fait; elle viendra plus utilement après la communication du travail de M. Vidal.

Polype fibreux du rectum.

M. HUGUIER. Les polypes du rectum en général, et spécialement les polypes fibreux, sont assez rares, et j'ai pensé que la Société accueillerait avec intérêt le fait suivant que je viens d'observer.

Une femme d'environ quarante ans avait des hémorrhoïdes fluentes accompagnées d'accidents nerveux considérables, tels que convulsions, petitesse du pouls, etc., symptômes qui étaient attribués aux hémorrhoïdes par deux des médecins les plus habiles de Paris. Il y avait plus d'un an qu'ils n'avaient vu la malade, et depuis lors les crises qu'elle éprouvait avaient pu s'aggraver; mais elles me parurent hors de proportion avec la lésion ordinairement peu sérieuse à laquelle on les rapportait. Je soupçonnai autre chose que des hémorrhoïdes, et je demandai à m'en assurer par le toucher. Je trouvai, en effet, dans le rectum, à un demi-pouce de son orifice, une tumeur du volume d'un gros œuf, inégale, dure, élastique. Je

diagnostiquai un polype fibreux, et proposai l'opération. M. Velpeau, qui fut consulté, ayant confirmé ma manière de voir, je procédai à l'ablation de la tumeur. Dans le but d'amener le polype au dehors, je prescrivis un lavement et des efforts d'expulsion énergiques pour en seconder les effets dès qu'ils se manifesteraient. La tumeur, s'étant ainsi présentée à l'anus, fut saisie à l'aide d'une pince de Museux et tirée davantage à l'extérieur. Une ligature est jetée sur le pédicule; puis j'en traverse horizontalement le pédicule par le milieu avec une aiguille munie de deux fils, l'un blanc, l'autre noir. Les deux extrémités d'un de ces fils sont ramenées, serrées et nouées sur la demi-circonférence supérieure du pédicule; la même constriction est exercée avec l'autre fil sur la moitié inférieure de la racine du polype, et la section pratiquée au-dessous de cette double ligature ne donne lieu à aucun écoulement de sang. Les fils remontent alors dans l'intestin avec la base du pédicule, qu'ils étranglent. L'opération est toute récente; j'en communiquerai plus tard le résultat définitif.

M. Forget. Les polypes fibreux du rectum, en effet, sont très rares. Le plus souvent ils sont muqueux, ainsi que les ont vus MM. Stolz et Vidal (de Cassis), ou cellulo-vasculaires, comme ceux observés par M. Gigon. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'ils crient sous le scalpel et prennent l'aspect réellement fibreux noté par MM. Bourgeois et Huguier, et par moi-même, chez une femme qui a été opérée par M. Jobert à l'hôpital Saint-Louis. En général, les polypes offrent la texture du milieu où ils se développent, et ceux du rectum sont, pour la plupart, des polypes vasculaires, ainsi que j'ai eu l'occasion de m'en assurer dernièrement en préparant un rapport fait devant une autre société.

M. Huguier fait observer que le polype qu'il a enlevé semble plutôt résulter d'une simple hypertrophie du tissu cellulaire sous-muqueux que du développement d'un véritable tissu fibreux; il n'offre nullement les fibres prononcées et tourbillonnées des corps fibreux utérins.

M. GIRALDÈS exprime la même opinion.

M. CHASSAIGNAC a noté, avec les auteurs, la plus grande fréquence des polypes du rectum dans l'enfance que dans les âges suivants.

Candidatures.

M. Parise, professeur à l'Ecole d'instruction de Lille, envoie, à l'appui de sa candidature à la place de membre correspondant, un mémoire *sur la hernie inguinale intra-iliaque et la hernie inguinale anté-vésicale.* (Commissaires : MM. Denonvilliers, Boinet et Gosselin.)

M. Risk, chirurgien consultant de l'Infirmerie royale de Glascow, etc., écrit pour solliciter le titre d'associé étranger. En répondant à M. Risk, M. le secrétaire lui donnera connaissance de l'article du règlement qui met au nombre des conditions d'éligibilité la communication d'un travail inédit, et l'engagera à hâter l'envoi de ce travail.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, MOREL-LAVALLÉE.

Séance du 31 juillet 1850.

Présidence de M. DANYAU.

Tumeurs cutanées.

M. HUGUIER a examiné au microscope les tumeurs cutanées dont il a été question dans les deux précédentes séances, et il a reconnu qu'elles étaient constituées, non point, comme on avait pu le croire d'abord, par une hypertrophie des follicules de la peau, avec oblitération de ces glandules, mais par une hypertrophie du derme lui-même.

Ces tumeurs s'étaient développées à la suite de l'application d'un emplâtre irritant ; c'est par erreur que le mot contusion avait été imprimé ici dans le compte-rendu qui mentionnait la présentation de ce cas à la Société.

Cancroïde du crâne.

M. Chassaignac. La plupart d'entre vous ont pu voir une femme âgée que j'avais envoyée ici, et qui portait à la tête une tumeur d'une disposition singulière. C'était comme une sorte de bourrelet qui entourait le crâne. J'aurais dit un diadème cancéreux, si la nature de cette tumeur avait répondu à son aspect encéphaloïde; mais il en était autrement. Quand elle a été soumise à votre observation, cette tumeur se composait d'une séric continue de bosselures, les unes plus ou moins dures, les autres molles et fluctuantes. Cette production, qui avait succédé à l'ulcération d'une loupe, a fini par détruire le crâne, en pénétrant jusqu'à la dure-mère, à laquelle elle s'est arrêtée. La malade a succombé à une encéphalite ayant eu probablement son point de départ dans la dure-mère, qui était noire et comme sphacélée. La tumeur, en se ramollissant, s'était creusée d'une ulcération qui arrivait, comme nous venons de le dire, à la face externe de cette membrane sans la dépasser. C'était un cancroïde, et ce cas vient à l'appui des idées de M. Lebert.

M. Giraldès. A-t-on examiné les os?

M. Chassaignac. Oui; et nous n'y avons rien trouvé qui pût être considéré comme le germe ou le noyau d'éléments semblables à ceux qui constituaient la tumeur. Les recherches seront d'ailleurs poursuivies en ce sens.

Taille bi-latérale à travers des cicatrices périnéales.

M. Guersant lit un rapport sur plusieurs travaux de M. Cazenave (de Bordeaux), candidat à une place de correspondant. Il rend un compte favorable de plusieurs brochures, et spécialement de l'une d'entre elles, qui traite du coryza chronique. Il passe ensuite à l'examen des recherches inédites de l'auteur, parmi lesquelles il signale surtout une taille bilatérale, remarquable par cette circonstance, que des cicatrices

périnéales exigèrent un lithotome plus fort que celui dont on se sert dans la pratique ordinaire.

Ces recherches, dit M. Guersant, contiennent encore d'autres faits importants, tous suivis de réflexions intéressantes ; mais ce sont des faits de nature diverse, sans aucun rapport entre eux que l'excellent esprit avec lequel ils sont présentés, et devant le règlement, qui exige un mémoire des candidats, la commission se voit à regret dans l'obligation de se borner aux conclusions suivantes :

1° Adresser des remercîments à l'auteur ;

2° Déposer son travail aux archives, en l'engageant à poursuivre ses recherches et à les communiquer à la Société quand elles seront complétées.

Ces conclusions sont adoptées.

Hémorrhagie vésicale mortelle à la suite du cathétérisme.

M. Vidal (de Cassis) lit un rapport sur un travail de M. Desormeaux, dont l'observation suivante forme la base :

Un vieillard de 62 ans, d'ailleurs très bien conservé et très robuste pour son âge, offrait les symptômes de la pierre. Après avoir fait à ce malade, à quelques jours d'intervalle, deux cathétérismes faciles, courts, et accompagnés d'un écoulement de sang si peu sensible que c'est à peine si un caillot de ce liquide obturait les yeux de la sonde, M. Desormeaux fit une troisième exploration avec cet instrument ; elle fut aussi simple, et même moins douloureuse encore que les précédentes ; le malade avait retenu ses urines. Il s'écoula d'abord un peu de sang, qui s'arrêta bientôt. C'était le matin, à la visite de l'hôpital ; dans l'après-midi, l'hématurie reparut, mais cette fois avec une abondance et une opiniâtreté telles qu'elle résista aux topiques et aux lavements froids, et qu'elle entraîna la mort dans la matinée du lendemain.

A l'autopsie, on trouva la vessie distendue et remontan jusqu'à l'ombilic ; elle était remplie de sang coagulé qui enveloppait la pierre. Le chirurgien ne put découvrir ni dans

ce réservoir, ni dans la prostate, ni dans l'urètre, aucune altération qui pût expliquer l'hémorrhagie. Peut-être la source en était elle dans la section supérieure de l'appareil urinaire; malheureusement l'auteur se tait sur ce point, qui ne paraît pas avoir attiré son attention. C'est une lacune que la commission regrette dans cet intéressant travail.

M. Desormeaux donne une théorie ingénieuse du mécanisme de l'hémorrhagie vésicale portée à un aussi haut degré ; et il insiste sur l'indication de vider ce réservoir pour lui rendre son ressort, ainsi qu'à la matrice dans les pertes utérines internes.

La commission propose :

1° D'adresser des remercîments à l'auteur ;

2° De déposer son travail aux archives, comme un titre important aux suffrages de la Société. (Adopté.)

Coup de feu ; résection de l'humérus.

M. Chassaignac. Un homme, en se livrant à l'industrie qui consiste à ramasser les balles pendant le tir dans le polygone de Vincennes, en reçut une dans le bras, près du coude. Le projectile traversa la partie inférieure du membre en broyant l'os. Les esquilles étaient tellement nombreuses et le fragment inférieur tellement mobile, que je dus songer à une opération. En débridant longitudinalement l'orifice externe de la plaie, je m'aperçus que, malgré le voisinage de la fracture, la surface articulaire de l'humérus était intacte ; alors je pris le parti de pratiquer une résection, en conservant cette surface, et c'est ce que je fis à l'aide de la scie à chaîne ; un trait de scie fut également porté sur le fragment supérieur, et malheureusement je ne suis pas certain que le nerf radial ait été complétement respecté. La moitié de la longueur de l'os fut ainsi retranchée ; ce tronçon osseux est loin d'être représenté par ces 25 esquilles anguleuses que j'ai recueillies, ce qui vient sans doute de ce qu'un grand nombre ont été perdues. Je fis le pansement par occlusion, et je soutins le

membre avec une gouttière. Il n'y a eu aucun accident; l'appareil a été levé au bout de 8 jours, et les choses furent trouvées en bon état. Ce qui m'a paru nouveau dans cette opération, c'est la résection pratiquée aussi près de l'article, et c'est là aussi le point que j'ai surtout désiré soumettre à la Société.

M. Larrey. J'ai vu également, au siége de la citadelle d'Anvers, des enfants du pays venir ramasser des balles et même des boulets à la fin de leur course; et cette industrie n'était pas non plus sans danger pour eux, car il y en eut un qui fut atteint, sous mes yeux, par un projectile qui lui cassa la jambe.

Quant au blessé de M. Chassaignac, je désirerais savoir à quelle distance il a été frappé; si la balle était à la fin de sa course, elle eût offert, selon moi, deux conditions propres à expliquer la fracture comminutive : le ralentissement de la vitesse et le mouvement de rotation dont alors elle est animée.

M. Chassaignac. La balle était partie de la carabine d'un chasseur de Vincennes; mais je ne sais de quelle distance.

M. Huguier. Il est possible qu'il y ait quelque chose de fondé dans l'opinion de M. Larrey; elle rentre dans l'expérience si connue du carreau de vitre qui est percé, comme à l'emporte-pièce, par une balle à son maximum de vitesse, tandis qu'il est brisé en éclats si cette vitesse est faible. Mais il faut reconnaître aussi que les coups de feu tirés à bout portant produisent assez souvent des fractures comminutives; c'est ainsi que j'ai encore vu récemment une balle tirée de très près réduire la clavicule et l'omoplate en fragments extrêmement nombreux.

M. Morel-Lavallée. L'effet comminutif du ralentissement même de la balle me paraît incontestable; celui de la rotation serait moins saisissable. Mais d'abord il n'y a pas plus de raison pour que cette rotation existe à la fin qu'au commencement de la course du projectile. Il est lancé dans tout son trajet par un mouvement de translation simple, ainsi que

le prouve le tir avec la balle conique, qui atteint toujours le but la pointe en avant, bien que le centre de gravité de cette balle corresponde sensiblement à son centre de figure. La rotation transversale ne peut, si je ne me trompe, être imprimée au projectile que par un obstacle qu'il rencontre très obliquement, à un point quelconque de sa course.

M. Huguier. Ce que vient de dire M. Morel me paraît très exact; j'ajouterai que j'ai fait des expériences avec une carabine chargée á balle forcée. On sait que, dans cette arme, la balle s'allonge en passant de la chambre dans la partie attenante du canon; eh bien, cette espèce de lingot frappe tantôt le but perpendiculairement, tantôt obliquement, tantôt en travers.

M. Deguise fils. Au polygone de Vincennes le tir a lieu à une portée qui varie de 150 à 1,000 mètres, et les balles ne peuvent être recueillies qu'à 3 ou 400 mètres au delà du but. A cette distance extrême, les effets sont très différents. J'ai vu une balle s'enfoncer ainsi à peine dans la surface d'un des condyles du fémur et s'en détacher, par la suppuration, au bout de quelques jours; et, dans d'autres cas, il y a des fractures comminutives.

M. Forget. Le fait chirurgical dont il s'agit, considéré à un point de vue pratique, soulève une question grave d'opportunité et d'indication, par rapport à la conduite que doit tenir le chirurgien. Or cette question ne me semble pas avoir été suffisamment discutée par notre collègue. Etant donnée une blessure grave par arme à feu, compliquée d'une fracture comminutive siégeant sur un point très rapproché d'une grande articulation, et donnant lieu fréquemment, ainsi que M. Chassaignac lui-même le reconnaît, à une fissure qui la prolonge à une assez grande distance; étant donnée une semblable blessure, quel parti devra prendre le chirurgien?

La résection des extrémités osseuses, l'amputation du membre, tels sont les deux moyens extrêmes qui se présentent : M. Chassaignac a choisi le premier; il peut avoir eu raison;

mais quels motifs ont décidé son choix? Sa communication eût beaucoup gagné à ce qu'il voulût bien les exposer. Pour ma part, je me demande si le siége de la fracture ne laisse pas à craindre qu'elle se prolonge jusqu'à l'intérieur de l'articulation du coude; au milieu du délabrement des parties, l'effusion du sang, l'infiltration de ce liquide dans les tissus divisés ont bien pu masquer l'écueil, que M. Chassaignac a lui-même signalé, et contre lequel le mode de traitement qu'il a suivi échouerait presque infailliblement. Les accidents ultérieurs, tels qu'une ostéite tardive, une inflammation intra-articulaire, conséquences pour ainsi dire obligées d'une telle fracture, exigeraient en effet une opération secondaire non moins grave que celle que le blessé aurait déjà subie sans aucun profit.

M. Forget ajoute qu'un des inconvénients de la résection portant sur les extrémités des os longs est d'opérer la section de ceux-ci précisément dans le point où prédomine le tissu spongieux, où par conséquent la vascularité est plus abondante. Or cette double condition anatomique ne favorise-t-elle pas le développement de la phlébite osseuse, lésion presque constamment mortelle? D'autres considérations pourraient encore être invoquées contre la résection; je me bornerai à celles qui précèdent; elles suffiront à déterminer notre collègue à entrer dans quelques développements sur les raisons chirurgicales qui ont motivé sa conduite.

M. Huguier. Je crains que la fracture ne s'étende au delà des parties retranchées, et qu'il ne soit resté des esquilles dans le foyer. De plus, en supposant que cette appréhension ne soit pas fondée, l'intervalle considérable laissé entre les fragments ne condamnera-t-il pas le membre à l'impuissance, ainsi que j'en ai vu deux exemples?

M. Giraldès. Si le périoste n'a pas été ménagé, il ne restera pas de moyen de réparation.

M. Chassaignac. Les nerfs, les gros vaisseaux et l'articulation étaient intacts; j'ai pensé que, dans ces conditions, sur-

tout pour le membre supérieur, l'indication était la résection, et, dans ce cas, en respectant l'articulation.

— *M. Foucault* (de Nanterre) présente une machine pour la réduction des luxations et des fractures. Deux tiges d'acier glissant parallèlement l'une sur l'autre, munies chacune à leur extrémité périphérique d'une paire de cuillères à forceps rembourrées et mucs par des vis de rappel, — un mécanisme à crémaillère écartant l'un de l'autre, par le jeu des deux tiges, les deux forceps, tel est essentiellement cet appareil. — (Commissaires : MM. Deguise fils, Morel-Lavallée et Maisonneuve.

— *M. Tribes* adresse à la Société son rapport sur le choléra-morbus qui a régné à Nîmes en 1849.

— Le scrutin pour l'élection de M. Lebert, ne pouvant avoir lieu faute d'un nombre suffisant de votants, est renvoyé à la prochaine séance.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, Morel-Lavallée.

Séance du 8 *août* 1850.

Présidence de M. Danyau.

M. Denonvilliers présente à la Société un enfant de seize jours sur lequel il a pratiqué avec succès une opération destinée à remédier à une imperforation de l'anus.

L'opération a consisté à aller, par une dissection poussée très profondément, chercher le rectum dont la partie inférieure manquait, à disséquer cet intestin après l'avoir ouvert, et à le fixer à l'aide de ligatures dans la plaie périnéale. Le résultat a été heureux.

Le fait communiqué par M. Denonvilliers présentait plusieurs points intéressants que nous devons nous borner à énumérer ici :

1° Un vice de conformation de la verge, qui n'a point d'enveloppe cutanée, et sur laquelle on voit une cicatrice, indice

de quelque altération survenue pendant la vie intra-utérine ;

2° L'absence d'une partie du rectum, la déviation du raphé des bourses et du périnée ;

3° La présence au périnée de deux vestiges de l'anus, placés sur une même ligne horizontale, et consistant l'un dans un petit pertuis terminé en cul-de-sac, l'autre dans une dépression avec froncement circulaire de la peau ;

4° Enfin et surtout, la rétention au-dessus du rectum du méconium solidifié et moulé, disposition importante en pratique et tout à fait différente de l'état de choses ordinairement observé.

M. Monod. Dans les cas, déjà assez nombreux, où j'ai dû pratiquer une opération analogue à celle de M. Denonvilliers, j'ai toujours trouvé le méconium accumulé dans la partie inférieure du rectum, immédiatement au-dessus de l'oblitération de cet intestin. Comme ce que j'ai vu est parfaitement conforme à ce que nous disent les auteurs, je me demande si l'exception rencontrée par notre collègue ne s'expliquerait point par un rétrécissement situé au-dessus du rectum.

M. Chassaignac. J'ai constamment vu, comme M. Monod, le méconium contenu dans la partie inférieure du rectum dilaté en ampoule ; mais je me rendrais compte autrement que lui de l'anomalie qui s'est présentée ici. Cet enfant a été opéré trois heures après sa naissance ; ordinairement cet intervalle est plus considérable ; il est rare qu'il ne soit au moins de vingt-quatre heures. Peut-être qu'alors un nouveau liquide est sécrété, qui s'ajoute au méconium, dont il hâte l'acheminement par en bas et dont il rend la présence plus sensible. Chez cet enfant, ce liquide additionnel n'aurait pas eu le temps de se former.

M. Nélaton. Ce qu'il y a d'exceptionnel dans le cas de M. Denonvilliers, ce n'est pas seulement l'élévation du siége du méconium, mais encore l'état solide de cette matière ordinairement liquide. Quant à l'explication de M. Chassaignac, elle me paraît difficile à concilier avec ce qui s'observe chez

les fœtus morts pendant le travail ou presque immédiatement après, et chez lesquels le méconium est parvenu à la partie inférieure du rectum.

M. Guersant. Je rappellerai à la Société ce que j'ai déjà eu occasion de lui dire dans une autre circonstance ; cette anomalie m'a présenté trois variétés : 1° terminaison du rectum dans la fosse iliaque ; 2° transformation d'une certaine longueur de cet intestin en un cordon qui aboutit à l'anus ; 3° occlusion de cette partie du tube digestif par un simple diaphragme.

M. Danyau. Je regrette de n'avoir pas connu le fait de M. Denonvilliers à l'époque où celui que je vais rapporter se présenta à mon observation.

Un enfant né à terme et bien conformé n'avait pas encore eu d'évacuation vingt-quatre heures après la naissance. L'orifice inférieur du rectum était à l'état normal ; mais, à deux ou trois centimètres plus haut, cet intestin était oblitéré. Le doigt introduit jusqu'à cet obstacle ne sentait point au-dessus cette accumulation de méconium indiquée par tous les auteurs. Une sonde introduite dans la vessie me parut arriver sur le sacrum et le toucher par toute sa courbure ; je crus qu'il y avait une lacune dans la continuité du rectum, et je n'osai ponctionner le cul-de-sac intestinal, dans la crainte de percer la vessie. J'attendis au lendemain, et les tentatives inutiles que je fis pour découvrir la partie supérieure du rectum à l'aide d'incision dans le périnée et de pressions pratiquées sur l'abdomen me confirmèrent dans ma première idée, et le cas fut regardé comme au-dessus des ressources de l'art. L'enfant mourut; l'oblitération du rectum consistait en un simple diaphragme au-dessus duquel il n'y avait que des gaz et une minime quantité de méconium. Ce liquide était contenu, et en très grande abondance, dans le colon transverse.

L'explication de M. Chassaignac ne pouvait donc pas s'appliquer au cas dont il s'agit; mais il y en a peut-être d'autres auxquels elle conviendrait parfaitement. Il n'est pas très

rare, en effet, que chez le nouveau-né la première selle n'ait lieu qu'au bout de vingt-quatre ou trente-six heures.

M. Gosselin. Aux faits de MM. Denonvilliers et Danyau, j'en ajouterai un très analogue que j'ai observé avec M. Blandin. L'enfant était né depuis au moins vingt-quatre heures; le chirurgien disséqua lentement le périnée dans la direction du prolongement du rectum. Ne trouvant pas l'ampoule que forme ordinairement cet intestin dilaté par le méconium, il plongea par la plaie un trocart à deux ou trois centimètres de profondeur. Il s'écoula un peu de méconium, et l'on crut que l'instrument était arrivé dans le rectum. L'enfant mourut. Le rectum, qui, à deux centimètres de la peau, se continuait en haut par un cordon filiforme, ne contenait dans sa partie supérieure, ainsi que le colon tout entier, qu'une matière muqueuse épaisse; le méconium se trouvait au-dessus de la valvule iléo-cœcale. Il y eut là une erreur fâcheuse, mais alors inévitable. Billard avait déjà signalé des faits semblables quant au siége du méconium.

M. Giraldès. M. Danyau n'a-t-il remarqué aucune altération dans les membranes intestinales?

M. Danyau. Aucune; rien d'insolite.

M. Forget. J'ai publié en substance un fait analogue, dont je pourrai dans la prochaine séance communiquer les détails à la Société.

M. Chassaignac. Je ne me rappelle pas si, dans le manuel de cette opération, les auteurs recommandent le cathétérisme; mais je le crois indispensable, si l'on veut être sûr d'éviter la vessie en forçant l'ampoule rectale.

J'ai observé chez plusieurs nouveau-nés des selles épithéliales; circonstance dont il est bon d'être prévenu dans ce cas.

M. le président, en raison de l'importance de la question et des faits nouveaux qui se sont produits, invite M. Denonvilliers à en faire l'objet d'un mémoire.

Correspondance.

MM. le général Petit et Bégin, président et secrétaire de la commission chargée d'élever, à l'aide d'une souscription nationale, un monument à la mémoire de Larrey, adressent à la Société l'invitation d'assister à l'inauguration de la statue de l'illustre chirurgien.

M. LE PRÉSIDENT, en réponse à cette lettre, fait observer que la Société ne saurait manquer d'être représentée à cette solennité.

— M. MELAYS, professeur à l'Ecole secondaire de médecine de Rouen, écrit pour se porter candidat à une place de correspondant. Il envoie, à l'appui de sa demande, un mémoire manuscrit sur la *luxation sous-coracoïdienne de l'humérus.* (Commissaires : MM. Michon, Maisonneuve et Robert.)

M. FLEURY, chirurgien de la marine, sollicite également le titre de membre correspondant, en rappelant deux communications qu'il a lues à la Société.

La commission précédemment nommée est invitée à faire son rapport.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, MOREL-LAVALLÉE.

Séance du 14 *août* 1850.

Présidence de M. DANYAU.

Élection.

Il est procédé au scrutin pour l'élection de M. Lebert, qui réunit l'unanimité des suffrages. En conséquence, M. Lebert est proclamé membre titulaire de la Société de Chirurgie.

Absence du rectum.

M. FORGET donne lecture de l'observation qu'il avait annoncée dans la dernière séance.

L'anus, en apparence normal, était formé par la peau soulevée de bas en haut, et formant une petite cavité conoïde

d'un centimètre de profondeur. En écartant les fesses, on pouvait effacer les plis qui bordaient cette cavité pseudo-anale, et on voyait son fond s'abaisser et se tendre transversalement. Dans la pensée que le rectum pouvait être voisin des téguments, M. Forget fit une ponction exploratrice avec un trocart de petit calibre; le résultat en fut négatif. Il incisa alors la peau, et disséqua dans la direction suivie par le trocart. Ne trouvant rien qui ressemblât à l'intestin, il prit le parti de plonger plus avant un bistouri droit à lame étroite, le tranchant tourné vers l'une des tubérosités ischiatiques. Cette opération n'eut aucun succès. Jugeant, par la profondeur à laquelle la lame avait pénétré, qu'il y aurait plus que de la témérité à persister dans cette même voie, M. Forget proposa d'établir un anus contre nature; les parents s'y refusèrent, et l'enfant fut envoyé en nourrice, où il succomba au bout de huit jours, après avoir présenté les signes d'une vive inflammation intestinale. L'autopsie montra l'extrémité du colon se terminant à la hauteur de l'angle sacro-vertébral par un cul-de-sac distendu par des gaz et par le méconium épaissi. A partir de ce point, l'intestin est continué jusqu'à la fausse cavité anale par un cordon fibreux aplati. Ce cordon, à son origine, se confond, sans ligne de démarcation apparente, avec les plans fibreux et musculaire du colon, dont il semble être le prolongement. Entre lui et la matrice, le péritoine forme un léger cul-de-sac; et un peu plus bas, ce ruban fibreux adhère intimement à la paroi du vagin; en bas, il s'épanouit dans le plan musculeux du périnée, et par un faisceau distinct il adhère au coccyx. La dissection des parties molles intra-pelviennes fit voir que le bistouri plongé dans leur épaisseur avait labouré ce plan fibreux, et qu'il s'était heureusement arrêté un peu au-dessous du cul-de-sac péritonéal.

En signalant ce fait, M. Forget dit qu'il a eu pour but: 1° d'apporter un élément nouveau à l'étude anatomique de ce vice de conformation; 2° de montrer que des contractions

musculaires et un mouvement d'abaissement et de tension peuvent exister au niveau de la cavité anale sans indiquer nécessairement le voisinage de l'intestin ; 3° enfin , de mettre en évidence la difficulté du diagnostic sur le point occupé par l'intestin en pareil cas, et les accidents auxquels on s'expose en persistant à vouloir arriver jusqu'à lui par la filière du bassin.

Cancer récidivé en respectant le lambeau autoplastique.

M. Chassaignac présente un vieillard qu'il a opéré il y a un an d'un cancer de la paupière inférieure, en remplaçant la perte de substance par un lambeau emprunté à la joue ; la récidive a eu lieu, mais en respectant le lambeau autoplastique. M. Chassaignac a enlevé le bouton carcinomateux qui s'était reproduit à l'angle interne de l'œil, et la plaie de cette nouvelle opération est actuellement cicatrisée. L'observation sera communiquée en entier dans une prochaine séance.

Ostéite du métacarpe ; indications.

M. Chassaignac demande l'avis de la Société pour un second malade qu'il soumet également à son examen. Le troisième métacarpien de la main droite est affecté d'une ostéite avec tuméfaction considérable de l'os. Les deux métacarpiens voisins participent-ils à l'altération, ou y sont-ils restés étrangers ? qu'y a-t-il à faire ? Telles sont les questions que M. Chassaignac désirerait voir résoudre, surtout la dernière.

M. Marjolin. Ce malade a été longtemps dans mon service. Il a eu des hémoptysies , des sueurs , et l'examen de sa poitrine a donné des inquiétudes sérieuses sur l'intégrité du sommet des poumons ; d'un autre côté , le stylet permet de constater la dénudation et conséquemment l'altération des deux métacarpiens latéraux , en sorte que, si l'on enlevait tous les os malades , on ne conserverait de la main que le pouce et le petit doigt. L'état général et l'état local me paraissent donc repousser l'opération.

M. Michon. Je crois que la lésion dont le troisième métacarpien est le siége est une ostéite tuberculeuse, et qu'elle est bornée à cet os. Sous le rapport de la circonscription de l'affection locale, une opération serait donc possible; mais laquelle? On ne saurait songer à une résection de la partie moyenne de l'os; l'extension du mal jusqu'à l'articulation supérieure s'y oppose. Enlèverait-on le métacarpien tout entier, en conservant le doigt? Mais ce doigt manquerait de soutien, et l'altération de scs tendons obligerait d'ailleurs à le sacrifier. Il ne resterait donc de praticable que l'extirpation du métacarpien avec le doigt.

L'état général est moins encourageant; le sujet est manifestement strumeux, et je ne me déciderais à l'opération qu'après m'être parfaitement rassuré sur l'état de la poitrine; car cette opération serait plus difficile et plus compliquée qu'il ne le semble au premier abord, et s'il y avait des tubercules pulmonaires, je craindrais qu'elle n'en précipitât la marche.

M. Guersant. A l'hôpital des Enfants, cette affection n'est pas rare, et c'est presque toujours une carie ou une nécrose. Dans ce cas, je crains beaucoup que les deux os voisins ne soient compromis. De plus, cet homme a toute l'apparence d'un phthisique, et lors même que l'auscultation n'accuserait pas nettement une lésion pulmonaire, je n'opérerais pas; je m'en tiendrais au traitement général, que j'ai vu réussir assez souvent.

M. Maisonneuve. Pour moi, l'état suspect des poumons, et même une phthisie, je ne dirai pas très avancée, mais confirmée, ne contre-indiquent pas l'opération dans le cas de lésions graves des os ou des articulations. J'ai vu souvent qu'en débarrassant ainsi l'économie d'un foyer dangereux, on guérissait la lésion locale en même temps qu'on relevait la santé générale. J'ai obtenu de ces succès, non pas seulement sur des sujets épuisés par une simple suppuration chronique, — condition avantageuse dans les amputations, ainsi que l'a

démontré M. Gerdy depuis longtemps, — mais par la phthisie ; je les ai rendus, non pas à la santé, mais à un état meilleur. Dans ces cas, selon moi, l'opération est évidemment indiquée, urgente ; je n'hésite donc pas à la conseiller pour le malade de M. Chassaignac.

M. Robert. La question est grave ; les faits qui pourraient servir à la résoudre sont si divers qu'il est difficile d'en dégager une règle. Je citerai, comme exemple, la fistule à l'anus, qui guérit ou ne guérit pas, sans qu'on puisse saisir la raison de cette différence.

Mais il y a ici un point qui n'a pas été touché, et sur lequel j'insisterai, c'est, après l'ablation du mal, sa répétition sur un autre point du squelette. Voici à cet égard un fait remarquable que j'ai eu l'occasion d'observer assez récemment; il y a environ deux ans. Un clerc de notaire eut d'abord une tumeur blanche du coude-pied, pour laquelle on pratiqua l'amputation sus-malléolaire ; puis l'affection reparut au genou, et l'on amputa la cuisse. Ensuite un métacarpien devint malade, et enfin un autre métacarpien se prit plus tard. Je refusai d'opérer pour ces deux dernières lésions. Je prescrivis un traitement général, et j'envoyai le malade aux eaux de Barèges, d'où il est revenu guéri. La récidive est donc ici une contre-indication nouvelle d'une grande importance. Il faut donc commencer par un traitement interne ; et si la guérison de la maladie locale n'a pas lieu, on se décide à l'opération dans le cas où l'état général le permet.

M. Vidal (de Cassis). Quant à l'influence que l'état de la poitrine doit exercer sur la détermination du chirurgien, il y a des distinctions à faire. Je mets d'abord de côté des sujets qui n'ont que l'apparence de la phthisie ; chez ceux-là les opérations réussissent très bien. Elles réussissent encore, quoique moins sûrement, dans le cas de phthisies consécutives à de longues suppurations. Mais dans les phthisies primitives, qui ont précédé la lésion locale, il n'en est plus de même. Il y a là une disposition générale qui modifie complé-

tement les indications. J'ai été appelé pour une ostéite tuberculeuse d'un doigt, qui se présentait dans cette dernière condition. Le médecin proposa d'amputer le doigt; j'opposai la diathèse. Le médecin répondit qu'il se chargeait de la diathèse. J'en fis venir un second; ce n'était pas trop pour une diathèse; ils s'en chargèrent tous deux. J'enlevai le doigt; mais le résultat fut malheureux.

Dans les phthisies primitives on guérit quelquefois, mais très rarement. Cela m'est arrivé à moi-même avec M. Dubois (d'Amiens) pour une fistule à l'anus. Dans les phthisies consécutives, si l'opération ne réussit pas toujours, elle offre beaucoup plus de chances.

M. Guersant. Je respecte les ostéites de la main; je me borne à un traitement interne, et je m'en trouve très bien. Il y a de petits malades qui portent pendant un an, deux ans, cette affection compliquée de suppuration et de fistules; ils peuvent perdre une ou deux phalanges; mais, sous l'influence de la médication antiscrofuleuse, ils finissent par guérir, en conservant un doigt raccourci et difforme, mais toujours utile. Au contraire, lorsqu'il s'agit de tumeurs blanches désespérées des grandes articulations, j'ampute toujours, malgré la phthisie consécutive; car j'adopte entièrement sous ce rapport la distinction de M. Vidal. J'ai vu souvent ainsi, avec M. Ernest Boudet, des poitrines tuberculeuses s'améliorer après l'opération. Pour le malade de M. Chassaignac, j'attendrais les effets du traitement interne.

M. Chassaignac. J'attendrai, je suis fixé; c'est là un des avantages de ces discussions cliniques.

Amputation des deux maxillaires supérieurs.

M. Maisonneuve. J'ai déjà pratiqué deux fois l'ablation des deux maxillaires supérieurs. Dans le premier cas il s'agissait d'une nécrose phosphorique. La malade a guéri; je la présenterai à la Société.

Le cas actuel, dont je soumets les pièces à votre examen

offrait des conditions moins favorables : un cancer avait envahi les deux os.

Voici comment je procédai à cette opération :

1° Une incision verticale divise les parties molles sur la ligne médiane depuis la racine du nez jusqu'au bord libre de la lèvre; 2° une incision horizontale réunit les angles internes des deux yeux. Les deux lambeaux sont disséqués et rabattus sur les parties latérales; 3° une scie à chaînette est passée dans chacune des deux fentes sphéno-maxillaires, et les os sont ainsi coupés dans ce point; une troisième scie à chaînette est engagée transversalement à travers les os unguis, et opère la section d'arrière en avant; 4° un coup de bistouri détache le voile du palais de la voûte palatine; 5° séparation des maxillaires d'avec les apophyses ptérygoïdes.

L'extraction de la pièce osseuse a été facile ; malheureusement j'ai dû enlever une portion de la peau et le nez presque tout entier. Les lambeaux furent réunis par la suture; la plaie était agglutinée; la déglutition se faisait assez bien ; mais le malade était âgé ; il s'est affaibli peu à peu, et a fini par succomber.

J'avais été frappé, comme la première fois, de la facilité de l'opération et du résultat satisfaisant qu'elle donne.

A l'autopsie, nous n'avons trouvé ni cancer, ni abcès métastatiques nulle part.

M. Giraldès. Comme on a dit que le phosphore portait son action sur les maxillaires par l'intermédiaire des dents gâtées, je demanderai si, chez la première malade de M. Maisonneuve, les dents étaient effectivement altérées.

M. Maisonneuve. Oui, elles l'étaient, ce me semble ; c'est un point que je vérifierai.

M. Morel-Lavallée. Dans l'opération analogue que j'ai pratiquée il y a un an, les deux maxillaires étaient cancéreux aussi, mais inégalement ; le droit l'était tout entier ; le gauche, dans sa partie interne, jusqu'au niveau de la dent canine.

Je ne décrirai pas de nouveau le procédé que je suivis; je rappellerai seulement qu'une incision unique, l'incision courbe de M. Velpeau, étendue de l'angle des lèvres à la tempe, me fut parfaitement suffisante; qu'après avoir coupé la cloison des fosses nasales avec une scie cutellaire, je passai par la fosse nasale gauche une scie à chaîne qui fut ramenée par la bouche, et retranchai du maxillaire correspondant toute la partie affectée. La charpente cartilagineuse du nez et une partie de la charpente osseuse furent ainsi conservées, en sorte que, la plaie réunie, l'aspect de la face était à peine altéré. Peut-être dans l'ablation totale des deux maxillaires conserverait-on cet avantage, en taillant un seul lambeau médian à l'aide d'une incision courbe de chaque côté, lorsque l'état des parties molles le permettrait. J'ajouterai que j'avais fait la section de l'apophyse zygomatique le plus en avant possible et en biseau aux dépens de sa face profonde. De cette façon, l'extrémité de cette arcade fournit aux chairs de la face un appui qui les soutient sans les offenser, et diminue ainsi la difformité.

Quant à l'amputation totale des deux maxillaires, il y a déjà assez longtemps qu'elle avait été faite pour la première fois, ainsi qu'on peut le voir dans le livre de M. Velpeau.

M. Michon. Il me semble que l'âge avancé du malade affecté de cancer, que l'état d'épuisement où il se trouvait contre-indiquaient une opération aussi considérable.

M. Maisonneuve. J'ai opéré ce malade, parce que, abandonné à lui-même, il devait succomber inévitablement, et que, en le débarrassant du mal qui le rongeait, j'espérais le sauver.

M. Michon. Il est évident qu'en entreprenant une opération majeure on espère sauver le malade; mais, dans le cas en discussion, il s'agit de savoir si cette espérance pouvait être fondée, et je n'hésite pas à me prononcer pour la négative : le sujet était, d'après ce que M. Maisonneuve lui-même nous

en a dit, par son âge et le degré d'épuisement où il était réduit, hors d'état de supporter l'opération.

M. Morel-Lavallée. M. Michon trouve que le dernier malade de M. Maisonneuve était trop malade pour être opéré; moi, je crains que la première ne fût pas assez malade. C'est une crainte que les éclaircissements de M. Maisonneuve dissiperont sans doute; mais, comme il ne s'est pas expliqué sur ce point, il me permettra de les lui demander.

M. Maisonneuve. Je répondrai à M. Michon que l'état du malade était désespéré; que sa dernière chance de salut, si faible qu'elle fût, était l'opération, et j'ai dû la pratiquer plutôt que d'abandonner le malade à une mort certaine.

Quant à la première malade, je dirai, en la présentant dans une prochaine séance, les motifs qui m'ont déterminé à l'opérer.

— *M. Heyfelder*, professeur de clinique chirurgicale à l'Université d'Erlangen, écrit pour solliciter le titre de membre correspondant, et envoie à l'appui de sa demande une brochure, qui a précisément pour objet la *résection totale des deux maxillaires supérieurs*, opération que ce chirurgien a pratiquée deux fois. En adressant des remercîments à M. Heyfelder pour l'envoi de son travail, il lui sera donné connaissance de l'article du règlement qui exige des candidats la présentation d'un mémoire *inédit*.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, Morel-Lavallée.

Séance du 21 *août* 1850.

Présidence de M. Danyau.

Imperforation ou absence de l'extrémité inférieure du rectum.

M. Chassaignac, revenant à l'occasion du procès-verbal sur ce vice de conformation, demande s'il ne conviendrait point de n'opérer que 24 ou 36 heures après la naissance,

afin que le méconium ait eu le temps de descendre, et que son accumulation puisse fournir au chirurgien un indice important.

M. Guersant. La règle ici est d'attendre que l'ampoule rectale soit formée, et souvent elle l'est avant l'époque dont vient de parler M. Chassaignac. On peut donc, suivant les cas, opérer un peu plus tôt ou un peu plus tard.

M. Danyau. La conduite proposée par M. Chassaignac serait certainement bonne à suivre dans certains cas; mais il en est d'autres où l'on devrait s'en écarter. Des accidents peuvent se déclarer avant 24 heures; le développement du ventre, des vomissements même de matières stercorales, etc., ainsi que je l'ai observé avec M. Guersant; dans cette circonstance il n'est évidemment pas permis de différer l'opération.

— M. Colson, membre correspondant, à l'occasion de la discussion qui a eu lieu sur ce sujet dans les précédentes séances, adresse un mémoire sur les *vices de conformation de l'anus et du rectum.* Le secrétaire présentera prochainement à la Société une analyse de ce travail en donnant lecture des principaux passages.

Atrésie des voies lacrymales. Autopsie.

M. Vidal (de Cassis), au nom d'une commission dont MM. Lenoir, Marjolin et Morel-Lavallée faisaient également partie, lit un rapport sur un travail que M. Auzias avait présenté à la Société, accompagné de pièces anatomiques.

Parmi les sujets destinés au cours de médecine opératoire de M. Auzias, était le cadavre d'une femme morte d'une maladie de matrice.

Après avoir constaté la nature cancéreuse de cette affection, l'attention de cet anatomiste fut attirée vers une tumeur lacrymale gauche, de la forme et du volume d'une noisette. Voulant connaître la cause matérielle de cette dilatation du sac lacrymal, notre confrère en explora les aboutissants et trouva que l'orifice inférieur du canal nasal n'existait pas. La

membrane muqueuse du nez, au lieu de pénétrer dans ce conduit pour aller se confondre avec la membrane qui tapisse les voies lacrymales, passait sur son extrémité inférieure et formait là une cloison qui séparait anormalement les voies lacrymales des cavités nasales. Les *points*, les *conduits* lacrymaux correspondants étaient libres; une soie de sanglier les parcourait et arrivait facilement dans le sac. Celui-ci était anormalement dilaté, contenait du muco-pus avec prédominance du mucus; sa membrane interne portait les traces d'une phlegmasie.

Le sac du côté droit était aussi dilaté que celui du côté gauche; mais il était vide. Sur sa paroi interne étaient des parcelles de muco-pus, et çà et là des plaques rouges. Tout le canal nasal était libre; il communiquait largement avec le nez. Mais l'atrésie était plus élevée; elle portait ici sur les conduits lacrymaux. En effet, si on introduisait une soie de sanglier par les points lacrymaux, elle était arrêtée par un obstacle invincible, et on voyait, le sac ayant déjà été ouvert, l'extrémité de la soie soulever les pseudo-membranes épaisses qui tapissaient cette cavité. Du reste, à droite comme à gauche, dans le reste de l'appareil lacrymal et dans les parties voisines, tout était à l'état normal.

Il y avait donc ici, continue M. Vidal, deux oblitérations des conduits en rapport avec les deux sacs lacrymaux : une en bas, l'autre en haut; une du côté du nez, l'autre du côté de l'œil.

Selon M. Auzias, ces atrésies reconnaîtraient la même cause; elles seraient de même nature; elles ne différeraient que par le siége; elles seraient dues à une inflammation qui aurait débuté dans les deux sacs, et de là se serait propagée, pour un côté, vers les fosses nasales, pour l'autre vers la conjonctive.

M. Auzias ne se borne pas à un exposé lucide de l'état anatomique des parties, à une appréciation judicieuse des causes; il saisit les indications, et de ces prémisses arrive par l'analogie

à des conclusions thérapeutiques qui auront l'assentiment des praticiens. Si on admet, avec M. Auzias, la phlegmasie de l'appareil excréteur des larmes, on devra, comme lui, débuter par les antiphlogistiques. Puis, quand l'inflammation aura perdu de son acuité, quand viendra l'état chronique, on aura recours aux résolutifs, aux désobstruants, à des injections qu'on variera. Enfin viendront les corps étrangers, qu'on ne devra pas laisser à demeure dans les voies lacrymales; ils exerceront une compression excentrique des voies lacrymales, comme les bougies, les sondes ordinaires exercent une compression excentrique de l'urètre dans les cas de rétrécissement de ce canal.

Voilà un aperçu que vous trouverez peut-être fort imparfait. Dans toute autre compagnie, le travail même de M. Auzias paraîtrait une banalité; car tous nos livres parlent des atrésies des voies lacrymales; on indique leurs différents siéges, leur nature; elles portent sur les *points*, les *conduits* lacrymaux, sur la partie supérieure, moyenne, inférieure du canal nasal. Ces atrésies sont traumatiques, par corps étranger, par exostose, par épaississement de la membrane muqueuse, etc. Le tout est parfaitement encadré comme un tableau à qui il ne manque rien. Eh bien! Messieurs, il manque quelque chose à ce tableau; il lui manque la réalité; il lui manque d'avoir été fait d'après nature. Parcourez les classiques les plus estimés, les monographies les plus complètes qui traitent des *maladies des yeux*, vous ne trouverez rien, ou presque rien, sur l'anatomie pathologique des voies lacrymales.

On doit donc accueillir avec faveur le travail de M. Auzias. Ce travail, en effet, remplit un vide; car c'est certainement la meilleure anatomie pathologique que nous possédions de l'appareil excréteur des larmes. Je vous ai déjà dit que les auteurs admettaient un rétrécissement de la partie supérieure, un rétrécissement de la partie moyenne et un rétrécissement de la partie inférieure du canal nasal. Mackensie, qui peut passer pour un des ophthalmologistes ayant écrit le plus sous l'ins-

piration des faits, admet cette division. Il signale comme rétrécissement le plus fréquent celui de l'extrémité inférieure du canal, précisément celui que nous trouvons au côté gauche de la pièce présentée par M. Auzias. Il est probable que Mackensie ne s'avance pas légèrement sur le siége de cette atrésie. La coïncidence de cette opinion avec le fait anatomique de M. Auzias doit donc avoir une grande valeur en ophthalmologie. Mais il vaudrait mieux, pour la science, qu'il y eût coïncidence de deux faits. Malheureusement l'auteur anglais ne cite qu'une autopsie faite par Janin, et cette autopsie établit précisément le contraire de l'opinion de Mackensie. Janin, en effet, décrit un rétrécissement de la partie supérieure du canal nasal là où le sac finit. Ce rétrécissement affectait la disposition du poignet d'une manche de chemise; il y avait plissement de la membrane muqueuse.

Vous avez déjà tous prévu que, si les faits de la nature de celui qui vous a été présenté par M. Auzias se répétaient, si on constatait souvent que c'est l'extrémité inférieure du canal nasal qui est rétrécie, oblitérée, il y aurait lieu à un nouvel examen des procédés dits curatifs de la fistule lacrymale. Et, à ce point de vue, les procédés qui consistent à attaquer d'abord la partie supérieure du canal nasal perdraient de leur valeur, malgré les noms imposants qui les appuient; car vous savez que le moindre fait anatomique vaut mieux, dans certaines circonstances, que le plus grand nom. Il faudrait alors accorder plus d'importance aux procédés qui agissent de bas en haut, et qui se groupent autour de la méthode de Laforest.

Il est évident que, si les rétrécissements du canal nasal portaient sur son méat inférieur, s'ils étaient diaphragmatiques, comme celui qu'on a pu constater sur la pièce que vous avez eue sous les yeux ; il est évident qu'alors un cathétérisme par les fosses nasales, une cautérisation, une perforation par la même voie pourraient fournir des résultats bien autrement heureux que les divers moyens qui arrivent dans le canal par

le sac, c'est-à-dire de haut en bas, en sens contraire de la méthode de Laforest.

Ce qu'il y a de certain, c'est que, si on avait appliqué sur la femme disséquée par M. Auzias la méthode de Foubert ou de Dupuytren, si on avait voulu introduire dans le canal une canule, et surtout une canule très courte, comme on l'a conseillé dans ces derniers temps, on aurait pu ne pas arriver jusqu'au rétrécissement, jusqu'à l'oblitération. Maintenant je m'explique une circonstance que j'ai quelquefois constatée en opérant moi-même et en voyant opérer Dupuytren. Vous savez qu'après l'introduction de la canule on ferme la bouche et les narines de l'opéré, et on l'invite à faire un effort d'expiration. L'air sort alors par la partie supérieure de la canule et par la plaie du sac, qui a servi à son introduction. Mais il arrive aussi, rarement à la vérité, que cet air ne sort pas. Eh bien ! il est probable qu'on a affaire alors à une atrésie, à une oblitération du méat inférieur du canal nasal, et que la canule n'est pas allée jusqu'à l'obstacle.

D'autres considérations plus élevées, plus pratiques, vous seront inspirées sans doute par le mémoire de M. Auzias ; car c'est en même temps l'œuvre d'un anatomiste et d'un chirurgien.

Nous avons donc l'honneur de vous proposer :

1° Des remercîments à l'auteur ;

2° L'envoi de son travail au comité de publication ;

3° De prendre bonne note de cet antécédent pour le jour où M. Auzias briguera l'honneur de faire partie de la Société de Chirurgie.

M. Maisonneuve. Je me suis assuré, par des dissections assez nombreuses et surtout par la résistance que j'ai éprouvée dans l'opération, que le siége le plus fréquent de l'oblitération des voies lacrymales était à l'union du sac avec le canal nasal. Je ne crains pas de me tromper en disant qu'il en est ainsi 19 fois sur 20. Le fait de M. Auzias est donc d'autant plus intéressant qu'il est exceptionnel.

M. Chassaignac. Je ne crois pas qu'on puisse acquérir par le cathétérisme du canal nasal des notions précises sur le siége de ses rétrécissements ; il y a là des arrêts, des obstacles de toute nature trop divers pour qu'on puisse toujours les distinguer avec une suffisante exactitude. On ne peut, selon moi, chercher la solution de la question que dans les autopsies.

A cette occasion, je rappellerai à la Société le cas d'atrésie congéniale des points lacrymaux que je lui ai présenté il y a quelque temps; c'est le seul que je connaisse; je n'en ai point trouvé d'autres dans les auteurs.

M. Vidal (de Cassis). Les données que l'opération a fournies à M. Maisonneuve sur ce point sont complétement opposées à celles que Mackensie a puisées à la même source. Je n'en attache que plus de prix aux dissections que M. Maisonneuve a faites des voies lacrymales à l'état pathologique ; je l'engage à en consigner les résultats sur une note qui, annexée au travail de M. Auzias, serait d'une grande importance pour la solution de la question.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Hernies inguinales intra-iliaque et antévésicale.

M. Gosselin lit un rapport sur un mémoire que M. Parise avait adressé sous ce titre à la Société de Chirurgie, à l'appui de sa candidature à la place de membre correspondant.

Nous donnerons dans un prochain compte-rendu l'analyse de ce rapport en même temps que la discussion dont il sera l'objet.

Le travail de M. Parise est renvoyé au comité de publication. Le scrutin pour l'élection de ce candidat aura lieu à la prochaine séance.

— M. Larrey présente un cas de difformité faciale consécutive à un coup de feu. Ce malade sera ultérieurement l'objet d'une discussion au point de vue de l'opération autoplastique que son état peut réclamer.

Guérison spontanée d'une hernie crurale étranglée.

M. Chassaignac présente comme exemple de ce mode de terminaison un vieillard de soixante-deux ans apporté à l'hôpital Saint-Antoine le 24 juillet avec tous les symptômes d'une hernie crurale étranglée. La hernie, habituellement réductible, ne l'était plus depuis vingt-quatre heures; elle avait pris l'aspect marronné, était très douloureuse et s'accompagnait de vives douleurs abdominales. Après des tentatives réitérées, mais impuissantes, de taxis, M. Chassaignac propose l'opération. Le malade s'y refuse d'une manière absolue. On donne un bain.

Le surlendemain 26, abattement extrême, pouls petit et fréquent, vomissements abondants de matières fécales, ballonnement du ventre, sur lequel se dessinent les bosselures intestinales; matité de la moitié inférieure du ventre, particulièrement à droite et aux régions qui confinent à la hernie. Celle-ci est un peu moins douloureuse, comme cela s'observe quand la gangrène est survenue. Même refus du malade de subir l'opération, malgré les instances des personnes présentes et de plusieurs autres qui le voient dans la journée.

Le 29, la matité du ventre s'étend de bas en haut en irradiant à partir du siége de la hernie; ballonnement de plus en plus prononcé.

Le 30, l'état général cesse d'empirer. Le ballonnement persiste. Aucune selle depuis l'entrée du malade et malgré les lavements.

Le 31, même état.

Le 3 août, les accidents commencent à s'apaiser, quoique la tension de l'abdomen persiste encore. Retour des selles. — Potage.

Le 8, liberté du ventre, appétit.

Le 17, sortie de l'hôpital.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, Morel-Lavallée.

Séance du 28 *août* 1850.

Présidence de M. Danyau.

Élection.

Le scrutin est ouvert pour l'élection de M. Parise, qui est nommé membre correspondant de la Société de Chirurgie, à l'unanimité.

Sonde et spéculum à injection récurrente.

M. Chassaignac. Cette sonde, fabriquée par M. Charrière, permet de faire dans l'urètre des injections à toutes les profondeurs et avec tous les degrés d'impulsion, sans qu'il pénètre une goutte de liquide dans la vessie. Ainsi que vous le voyez par l'expérience que je fais devant vous dans cette cuvette, l'eau ressort en deux jets récurrents par les yeux de l'instrument. Mon but est simplement de prendre date, par cette présentation; quand mes recherches seront complétées, je ferai connaître la destination spéciale de cet instrument.

M. Vidal (de Cassis). L'instrument de M. Chassaignac pourrait être appliqué dans la forme aiguë et dans la forme chronique de la blennorrhagie. Dans la première, en raison de la turgescence de la muqueuse urétrale et quelquefois des tissus environnants, la présence d'un corps étranger aussi volumineux pourrait être nuisible. Dans la seconde, l'inflammation peut être circonscrite, et réclamer l'action circonscrite des médicaments; mais alors mieux vaut porter sur le point malade le topique astringent ou caustique avec la sonde de M. Lallemand. D'ailleurs, les injections qu'on fait avec les seringues urétrales ordinaires ne sont-elles pas nécessairement récurrentes, puisque le liquide arrêté au col de la vessie est forcé de refluer vers le méat urinaire? Il y a là, en effet, un obstacle infranchissable.

M. Larrey. Je crains que M. Chassaignac ne se fasse illusion sur l'utilité de son ingénieux instrument; mais, pour l'apprécier, il est indispensable de savoir dans quel but il a été imaginé.

M. Morel-Lavallée. La discussion me paraît, en effet, manquer de base, si l'on ignore dans quelle vue cette sonde a été construite. Evidemment M. Chassaignac n'en a pas conçu l'idée sans avoir une indication à remplir, et je me joins à M. Larrey pour l'engager à nous confier le secret de son invention.

Quant au jeu de l'instrument en lui-même, abstraction faite de son but thérapeutique, ce serait, selon moi, s'abuser que de croire que l'injection refluera en entier vers le méat urinaire, sans dépasser l'extrémité oculaire de la sonde. En effet, de deux choses l'une : ou le liquide sera poussé avec douceur, et alors il s'écoulera en bavant par les yeux de l'instrument, et s'il ne s'engage pas sensiblement au delà, il se comportera comme s'il était introduit avec une sonde ordinaire, sans avoir la force de rien entraîner, sans former, en réalité, de courants récurrents, c'est-à-dire que l'instrument perdra son caractère spécial en manquant le but que se propose son auteur; ou bien l'injection sera faite avec une certaine énergie ; et, dans ce cas, l'obstacle qu'offrira à sa sortie la réaction des parois de l'urètre déterminera, au niveau des yeux de la sonde, une dilatation du canal, dilatation qui s'étendra, avec le liquide, au delà de l'extrémité profonde de l'instrument,— de façon encore, je le crains, qu'il ne réponde point à l'intention de son habile inventeur.

M. Cullerier. Je ne reviendrai pas sur les objections présentées par M. Vidal ; je doute, comme lui, que l'action irritante de l'instrument en permît l'application dans l'urétrite aiguë, et, dans la blennorrhée circonscrite l'emploi du caustique solide me paraît également préférable. Mais je demanderai à M. Chassaignac, qui a imaginé cet instrument pour empêcher l'injection urétrale de pénétrer dans la vessie, s'il

connaît un seul exemple de cette pénétration ? Pour moi, j'ai prescrit des injections de nitrate d'argent très concentrées, puisque je suis allé jusqu'à 8 grammes de sel pour 32 grammes d'eau ; j'ai bien vu des orchites, des abcès, mais jamais d'accidents vésicaux ni aucun symptôme de nature à faire soupçonner que l'injection fût arrivée dans le réservoir urinaire.

M. Robert. J'engage instamment M. Chassaignac à nous dire dans quelle vue il a imaginé son instrument, s'il veut qu'il soit l'objet d'une discussion sérieuse.

M. Chassaignac. Je le répète, je voulais aujourd'hui seulement prendre date par cette présentation ; mes recherches ne sont pas encore terminées ; mais, puisqu'on le désire, rien ne s'oppose à ce que j'en fasse connaître le point de départ. J'ai sur les écoulements blennorrhagiques un principe, que j'ai peut-être puisé dans la lecture de Hunter : je suis convaincu qu'en enlevant pendant quinze ou vingt jours d'une surface blennorrhagique le liquide pathologique qu'elle sécrète, on obtiendrait la guérison. Cette idée m'est venue en voyant des injections continues faire promptement disparaître une vaginite qui avait résisté à tous les autres moyens ; voilà la destination de la sonde à injections récurrentes.

Quant aux objections, je ne me dissimule la portée d'aucune de celles qui m'ont été adressées. Celle qui a trait à l'action irritante de l'instrument me paraît très sérieuse ; cependant, elle ne peut être jugée que par l'expérience, qui n'a pas encore eu le temps de prononcer.

Les injections faites avec la seringue ne peuvent pas, dit-on, pénétrer dans la vessie ; sans doute, pratiquées comme elles le sont ordinairement d'une manière essentiellement temporaire, momentanée ; mais, si elles étaient continues, je doute que le col ne fût pas franchi.

Le danger de voir l'injection dépasser l'extrémité profonde de l'instrument ne me semblerait réellement à redouter que

dans le cas où cette extrémité serait engagée derrière un rétrécissement.

M. Vidal (de Cassis). M. Chassaignac s'inspire d'un bon principe quand il se propose d'enlever d'une surface blennorrhagique un produit incontestablement irritant; mais les injections à l'aide de la sonde ont l'inconvénient d'ajouter à cette irritation par la présence d'un corps étranger, qui est l'instrument lui-même, inconvénient grave dans certaines formes d'urétrite. Il est, en effet, de ces inflammations qui s'exaspèrent au contact du liquide le plus doux, au point qu'on est quelquefois obligé de renoncer complétement aux injections.

M. Boinet. M. Chassaignac connaîtra-t-il toujours d'une manière assez précise le siége de la blennorrhagie pour engager dans l'urètre son instrument à la profondeur convenable? D'un autre côté, ne craint-il pas qu'en s'y engageant, l'extrémité de cet instrument ne refoule devant elle la matière bleunorrhagique qu'il est destiné à chasser au dehors?

M. Guersant. La meilleure manière de nettoyer l'urètre du liquide blennorrhagique, c'est de faire uriner abondamment les malades à l'aide de tisanes diurétiques, ainsi qu'Antoine Dubois le recommandait particulièrement.

M. Chassaignac. Je crois que l'irritation produite par la présence de l'instrument sera plus que compensée par l'enlèvement de la matière blennorrhagique, enlèvement auquel j'attache une grande importance. Pour moi, l'effet reproduit ici incessamment sa cause, et c'est l'effet qu'il faut faire disparaître.

Quant au siége de la blennorrhagie, on sait qu'en général il s'éloigne peu du méat urinaire; mais le refoulement de la matière contagieuse me paraît une objection très forte qui ne peut être jugée que par les faits.

Le traitement de la blennorrhagie par les boissons ne donne que des succès rares et qui se font attendre longtemps.

M. Vidal (de Cassis). La discussion, en prenant de l'ex-

tension, a touché à des points de pathologie que je ne puis traiter en ce moment, et sur lesquels je pourrais être en désaccord avec M. Chassaignac. Je veux parler des propriétés contagieuses du muco-pus urétral, et du siége de la blennorrhagie. Sur ces deux points je fais des réserves.

M. Huguier. Je ne sais jusqu'à quel point est fondée l'indication que M. Chassaignac se propose de remplir. Le principe de la phlegmasie réside dans les tissus, et la soustraction du liquide sécrété par la surface enflammée n'a pas l'influence qu'on lui suppose. Est-ce que le copahu, qui supprime l'écoulement pendant huit on dix jours bien plus complétement qu'aucun moyen physique, l'empêche de reparaître quelque temps après, quand on suspend l'usage de ce médicament? L'instrument dont il s'agit est donc exposé à manquer son but.

M. Chassaignac. C'est à l'expérience à décider; peut-être, lorsque la blennorrhagie se suspend par l'effet du copahu, la muqueuse urètrale reste-t-elle encore comme imprégnée du liquide qu'elle a sécrété.

M. Chassaignac présente également un *spéculum à injection récurrente.*

M. Boinet fait observer que les injections continues, les irrigations vaginales par le procédé ordinaire paraissent suffisantes.

Ligature métallique articulée.

M. Chassaignac. Cet instrument, que je présente sous le nom d'*Appareil à écrasement linéaire*, ou *ligature métallique articulée*, a pour effet d'exercer sur les parties qu'embrasse l'appareil dans son anse une constriction supérieure à celle que toutes les ligatures connues peuvent donner.

La raison d'être de cet appareil est le fait expérimental que voici : C'est que toutes les ligatures à constriction progressive et qui agissent par l'entremise du serre-nœud sont exposées à se rompre prématurément, c'est-à-dire avant d'avoir produit tout l'effet qu'on se proposait d'obtenir par la ligature.

L'impossibilité où l'on est de savoir si l'action du serre-nœud ne va point déterminer la rupture du fil, à tel ou tel degré de constriction, est cause qu'on ne peut suffisamment compter sur les ligatures à serre-nœud, même sur celles qui sont réputées les plus solides.

Pour critérium de la puissance d'action du mode de ligature articulée que je propose, on peut donner la mesure snivante : Prenez sur le cadavre une langue de sujet adulte, soumettez-la à l'action d'une ligature à serre-nœud, et vous verrez que la ligature éclate toujours avant que la section de la langue ne soit complète. Au contraire avec la ligature articulée, l'action constrictive atteint son maximum et produit la section complète. C'est une expérience qui a été plusieurs fois répétée.

La cause de cette différence provient de ce que les fils les plus forts, ceux en cordonnet de soie, en métaux de diverse nature, en fil de chanvre, etc., se brisent toujours avant d'avoir épuisé toute la force de cohésion qui leur est propre, et cela par suite d'un vice inhérent à tous les serre-nœuds existants jusqu'ici. Ce vice, c'est la production sur un point ou sur un autre du serre-nœud d'une vive arête plus ou moins aiguë sur laquelle le fil se brise prématurément.

Du reste, l'instrument que je propose est très simple. Le premier qui ait été construit n'est autre chose qu'une scie à chaîne ordinaire, mais plus fine et complétement édentée, montée sur la canule aplatie d'un serre-nœud, et s'enroulant sur le treuil ou tourillon placé à l'extrémité de la canule. Au lieu d'une chaîne de scie édentée, j'ai le dessein d'employer un mécanisme analogue à celui des chaînes dites de sûreté pour les montres.

M. Huguier. En quoi cette ligature est-elle supérieure à celle pratiquée à l'aide d'un simple fil métallique?

M. Chassaignac. En ce que ce fil se rompt, et que la chaînette résiste.

M. Huguier. Je ne vois pas la nécessité de faire si vite la

section de l'organe avec la ligature, surtout quand cette promptitude du résultat serait achetée au prix de douleurs atroces.

M. Giraldès. Je regarde l'instrument de M. Chassaignac comme un véritable perfectionnement apporté à la ligature mécanique, en raison de la résistancee de la chaînette qu'il emploie. Seulement la difficulté de la nettoyer l'exposera peut-être à des ruptures ultérieures.

M. Chassaignac. Il est important de couper promptemeut la langue par la ligature; c'est le seul moyen d'éviter une sorte d'empoisonnement produit par un pus infect qui s'introduit dans les voies digestives avec les aliments. C'est un danger auquel exposent les lenteurs de la ligature ordinaire, et que mon instrument prévient par la rapidité de son action. Quant à la douleur, c'est une objection à laquelle le chloroforme a répondu.

M. Guersant. En employant la ligature, on se propose de couper les tissus, non pas rapidement, mais lentement, afin d'éviter l'hémorrhagie, et, sous ce rapport, je ne sais pas quel avantage l'instrument de M. Chassaignac offrirait sur le bistouri.

M. Larrey. La ligature avec le serre-nœud de Mayor me paraît avoir de l'analogie avec celui de M. Chassaignac.

M. Morel-Lavallée. Selon moi, M. Chassaignac est parti d'une idée très plausible, en cherchant un moyen qui réunît la promptitude du bistouri et la sûreté de la ligature. L'a-t-il trouvé ? Ce qui me paraît incontestable, c'est que la section par son procédé, quelque rapide qu'elle soit, est loin d'exposer à l'hémorrhagie comme la section par l'instrument tranchant. Sous la constriction de la chaînette, les tissus, au lieu d'être nettement coupés, sont broyés, et l'on sait que les plaies par écrasement sont celles qui saignent le moins. Le sang s'arrête ici dans les artères comme par l'action de la mâchure. Peut-être seulement cet instrument, malgré sa puissance, ne divisera-t-il pas les tissus aussi vite que l'espère M. Chassaignac; dans ce cas, si d'ailleurs l'expérience vient en sanc-

tionner l'usage, on pourrait y apporter une modification qui imprime à la chaînette un mouvement de scie comme dans le procédé de ligature que M. Lucien Boyer appliquait aux polypes utérins.

M. Chassaignac. Mon instrument, construit, du reste, tout autrement que celui de M. Boyer, suffira, je crois, complétement à l'indication.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, Morel-Lavallée.

Séance du 4 septembre 1850.

Présidence de M. Larrey.

Injections récurrentes.

M. Chassaignac ayant terminé le travail qu'il avait annoncé dans la dernière séance, est prêt à en donner lecture.

M. le président. Malgré tout l'intérêt qui s'attache à la communication de M. Chassaignac, l'ordre du jour ne permet pas de l'entendre immédiatement.

Hernies inguinales anté-vésicale et intra-iliaque.

M. Gosselin résume ainsi le rapport qu'il avait lu dans une précédente séance sur le travail de M. Parise :

Le mémoire de M. Parise a pour objet de faire connaître deux cas de hernie avec sac intérieur, qu'il a eu l'occasion de disséquer. Dans l'un, le sac intérieur se portait dans la fosse iliaque jusque vers la symphyse sacro-iliaque, et communiquait avec un sac externe qui n'était autre que la tunique vaginale. Le malade avait eu des symptômes d'étranglement; A. Bérard l'avait opéré, et avait cru faire rentrer l'intestin dans le ventre. L'autopsie vint montrer qu'il l'avait seulement refoulé du sac externe dans le sac interne, et que l'étranglement était produit par un collet situé beaucoup plus haut, et qui faisait communiquer les deux sacs avec la cavité péritonéale. Dans l'autre cas, il n'y a pas eu d'étranglement ni

de sac extérieur ; le sujet était mort d'une autre affection. Mais l'on a trouvé un sac péritonéal partant de la fossette inguinale moyenne du péritoine et se dirigeant du côté de la vessie. M. Parise rapproche de ce fait un autre fait qui a été cité dans le *Journal de Vandermond*, et dans lequel un sac intérieur se dirigeait aussi du côté de la vessie. Mais il y avait en même temps un sac externe disposé comme chez le malade d'A. Bérard, et un étranglement étant survenu, la même erreur fut commise pendant l'opération ; le débridement ne fut point fait sur le collet qui exerçait la constriction.

De ces faits, M. Parise conclut qu'aux variétés connues de la hernie inguinale il faut en ajouter deux : l'une intra-iliaque, l'autre anté-vésicale ; l'une et l'autre sont intérieures, intra-abdominales, et ont leur sac situé au-dessous du péritoine pariétal. L'auteur admet en outre que ces hernies sont primitives et n'ont point été consécutives à la réduction des hernies d'abord extérieures.

Le rapporteur, après avoir rendu pleine justice à la fidélité des descriptions de M. Parise, après avoir fait ressortir l'intérêt pratique de ces hernies à double sac, dans lesquelles on refoule les viscères du sac extérieur dans l'intérieur, en croyant les faire rentrer dans le péritoine, combat cependant l'opinion de M. Parise sur la formation primitive de ces sacs internes ; il croit que ce sont des appendices de hernies d'abord extérieures, et ensuite refoulées en partie ou en totalité.

En effet, il rapproche les observations de M. Parise de sept autres rapportées par Arnaud, Fage (de Montpellier), Pelletan, MM. Cock, B. Cooper et Tessier. De ce rapprochement, il résulte que la plupart des observateurs précédents ont expliqué la formation du sac intérieur par un refoulement incomplet du sac, la rétrocession du collet vers l'intérieur du ventre, et la dilatation consécutive de la portion intermédiaire à ce collet et à l'orifice abdominal du canal inguinal. Le fait de B. Cooper fait exception ; il y est question d'une hernie

extérieure à double sac et à double collet. Un des sacs a été réduit en masse, pendant que l'autre est resté au-dessous; mais dans aucune des observations, l'on ne peut invoquer l'explication admise par M. Parise.

M. Chassaignac. Parmi ces faits, il y en a un qui m'a frappé; c'est celui où il n'y aurait jamais eu de hernie antérieure, et où, d'après ce renseignement, on a conclu que le sac s'était formé dans l'abdomen. Je crois qu'il y a là une erreur. Pour moi, le malade avait une hernie extérieure dont il ne s'était par aperçu, et le sac qu'on a trouvé dans le ventre s'était développé comme à l'ordinaire, en passant par un des trajets herniaires que présentent les parois de cette cavité, et il avait été réduit avec l'intestin qu'il renfermait. La preuve qu'il n'en saurait être autrement, c'est qu'on trouve toujours ces sacs intérieurs au voisinage des ouvertures herniaires.

M. Gosselin. C'est précisément la thèse que j'ai soutenue dans mon rapport, contrairement à l'opinion de M. Parise. J'avoue cependant que le fait de Fage m'embarrasse, parce que le chirurgien de Montpellier affirme positivement que son malade n'avait jamais eu de hernie extérieure.

M. Robert. C'est qu'effectivement l'opinion de Fage pourrait bien être fondée. Il se peut que, dans sa descente, le testicule détermine la formation d'un sac abdominal. Dupuytren en a bien vu dans le canal inguinal, qui s'étaient développés par ce mécanisme. Pourquoi cette formation n'aurait-elle pas lieu un peu plus haut, dans le ventre?

Simpson a d'ailleurs bien indiqué comment, au moyen d'adhérences, ces petits sacs se produisent au-dessus du testicule. Il ne faudrait donc pas rejeter trop légèrement l'existence de ces sacs d'origine intérieure.

M. Chassaignac. J'oppose à l'opinion de Fage celle de tous les chirurgiens. Comment expliquer la formation du collet sans qu'il soit serré dans un anneau fibreux? Peut on comprendre autrement sa rétraction portée au point d'amener l'étranglement?

M. Gosselin. Je dois rappeler qu'outre la négation de l'existence antérieure d'une hernie, le fait de Fage offre encore cette circonstance unique jusqu'ici de la présence du testicule dans le sac intérieur.

M. Giraldès. Je ferai observer que M. Robert s'est exprimé sur la formation des sacs intérieurs d'après la théorie, et non d'après des dissections. M. Simpson n'a également émis ici que des hypothèses; et, pour mon compte, je ne vois pas bien comment l'action du *gubernaculum testis* rendrait compte du développement de ces sacs.

M. Morel-Lavallée. Je rappellerai à la Société le fait de hernie avec sac intérieur dont je lui ai communiqué la substance dans une autre circonstance, et que j'ai observé il y a environ deux ans à l'hôpital de la Charité. Un jeune homme de 24 ou 25 ans avait une hernie inguinale gauche étranglée. L'interne fit la réduction, et les accidents continuèrent, malgré les purgatifs répétés. Ne trouvant rien dans l'anneau ni dans le canal, je crus à une réduction de la hernie avec le sac. M. Velpeau, qui voulut bien m'aider de ses conseils, porta également ce diagnostic. Un point douloureux dans la fosse iliaque correspondante semblait indiquer la place du sac rentré. L'opération était urgente; j'y procédai en présence de M. Velpeau. Après le débridement, il ne se montra dans le canal qu'une anse d'intestin grêle assez rouge, mais sans empreinte d'étranglement. Mon doigt, introduit dans le ventre, ne rencontra rien qui pût ressembler à un sac réduit avec le viscère étranglé. M. Velpeau, à ma prière, examina l'état des choses, fit un nouveau débridement et ne fut pas plus heureux. Les accidents d'étranglement persistèrent et le malade mourut.

On trouva au niveau du canal inguinal une anse d'intestin grêle congestionnée assez fortement; puis une des extrémités de cette anse, passant sur les vaisseaux fémoraux, allait, un peu au-dessus de l'arcade crurale, s'engager dans un sac péritonéal fixe, situé sur le muscle psoas iliaque. Le goulot de

ce sac était dirigé en bas; au lieu d'être régulièrement arrondi, le collet représentait dans sa partie superficielle ou antérieure un arc d'un grand rayon; sa partie postérieure étant rectiligne et correspondant au muscle psoas iliaque. Cette observation a été recueillie par M. Huette, l'un des anciens internes les plus distingués des hôpitaux; je le prierai de l'adresser à la Société; elle sera d'autant plus précieuse que la dissection fut faite avec soin, et que je ne me la rappelle qu'incomplétement.

Il est impossible que l'idée d'un sac primitivement extérieur et réduit se présente ici; le sac de la région iliaque était trop éloigné du canal inguinal, et surtout d'une trop grande fixité. Les seules questions que ce cas me suggéra furent celles-ci: Y avait-il eu primitivement deux hernies, l'une extérieure, étranglée ou non, et une intérieure étranglée? ou bien, en réduisant avec force la hernie extérieure qui aurait d'abord existé seule, aurait-on poussé l'intestin violemment dans une dépression péritonéale, dont il se serait formé un sac qui l'aurait immédiatement étranglé? L'observation que j'attends de M. Huette servira sans doute à éclaircir ces divers points et d'autres questions encore, qu'il est inutile de poser avant d'avoir les éléments de leur solution.

Fracture du rocher avec écoulement d'un liquide abondant et transparent par l'oreille.

M. Debrou, membre correspondant de la Société de Chirurgie, à Orléans, adresse l'observation suivante:

Le nommé Brisson (Arsène), âgé de 21 ans, mécanicien, fit une chute d'un lieu élevé sur la tête dans la soirée du 22 juin, perdit immédiatement connaissance, et fut apporté à l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

Au moment de son entrée, on fit une application de sangsues aux oreilles et de cataplasmes sinapisés aux jambes.

Le lendemain 23 juin, le malade, qui avait recouvré toute sa connaissance, ne peut donner aucun détail sur l'accident qui lui était arrivé la veille; il se rappelle seulement être monté sur un tas de planches, croit se rappeler qu'il est tombé, et ignore tout ce qui

s'est passé depuis. Son visage a une expression naturelle, et conserve seulement nne légère empreinte de stupeur. Il cause raisonnablement et sans embarras notable de la parole. Au-dessus du sourcil gauche, existe une contusion sans plaie. A la partie supérieure de la fosse temporale du même côté, on voit une ecchymose avec une bosse sanguine ayant la largenr d'une pièce de 50 centimes.

Les pupilles sont également mobiles. Il n'y a paralysie ni du mouvement, ni de la sensibilité ; le malade se plaint seulement d'une douleur vague dans la tête, d'une violente douleur dans la région des reins et d'un engourdissement dans le bras gauche.

Les personnes qui ont accompagné le blessé à l'hôpital ont rapporté qu'au moment où on l'a relevé de sa chute, il perdait par l'oreille gauche nn liquide clair et très légèrement rosé. Je ne sais quelle créance il faut accorder à cette remarque ; mais ce qui est certain, c'est que, le lendemain matin à la visite, l'oreiller sur lequel reposait la tête du malade était largement mouillé autour de l'oreille gauche. Dans la conque de celle-ci était nn liquide clair, transparent comme de l'eau, s'écoulant goutte à goutte. On en remplit une cnillère à bouche en vingt minutes ; et dès ce moment jusqu'au lendemain matin, *on en recueillit cinq onces*, dont une partie fut remise à un pharmacien pour être analysée. Ce liquide était sans aucune coloration rouge ou rosée, et ne laissait aucune trace snr le linge. L'oreiller paraissait avoir été mouillé avec de l'eau.

On fit appliquer 10 sangsues derrière les oreilles et pratiquer une saignée de 3 palettes. — Le reste du jour, le malade conserva toute sa raison, n'eut point de douleurs de tête, et ne se plaignit que des reins. Il était un peu assoupi et s'endormit plusieurs fois.

Le 24, la saignée ne présente point de couenne. Le malade est dans le même état qne la veille. Ni paralysie, ni contracture ; mais un peu d'engourdissement et quelques frémissements dans le bras et la main du côté droit. Le pouls est fort et donue 100 pulsations. Le malade a toute sa raison et cause bien. Je recherche s'il existe quelque paralysie dans les muscles animés par le nerf facial, et je constate qu'il n'y en a aucune trace aux lèvres, au nez, aux paupières, à la joue, au voile du palais. Je m'assure également, en fermant successivemeut les deux oreilles, qu'il entend bien des

deux, et aussi bien de la gauche que de la droite. La nuit a été sans agitation ; le sommeil a été paisible. Il s'écoule encore par l'oreille gauche une grande quantité de liquide, qui n'a pas été recueilli. Une légère ecchymose diffuse s'est prononcée au bas de la fosse temporale et autour du pavillon de l'oreille. Lorsqu'on fait serrer les dents au malade, il éprouve une douleur, qui augmente si on tire brusquement sur un mouchoir placé entre ses dents ; cette douleur répond à l'oreille gauche et à la fosse temporale.

Le soir du même jour, agitation légère entremêlée de somnolence. 20 sangsues aux apophyses mastoïdes.

Mardi, 25. Etat satisfaisant et sans nouveaux signes. 60 centigrammes de calomel. Dans la journée, une douleur à la tête et dans la région de l'oreille gauche décide une nouvelle application de 12 sangsues, et l'application de la glace sur le front. L'écoulement de liquide par l'oreille continue.

Mercredi, 26. La journée est bonne, sans nouveau signe, sans douleur de tête. On continue le calomel, la diète.

Le 27, la douleur à la tête et dans l'oreille est plus marquée. Le visage exprime un peu de stupeur. L'expression des idées est lente. On constate de nouveau qu'il n'y a point de paralysie, ni d'inégalité dans les pupilles. Depuis aujourd'hui seulement, il ne s'écoule point de liquide par l'oreille.

Le 28. Il y a eu un peu de divagation la veille au soir. La douleur à la région temporale est persistante. Saignée de 300 grammes. Eau froide sur le front.

29. Délire et agitation. Le sang de la saignée n'est point couenneux. Pouls soutenu et assez fort. 20 sangsues appliquées en quatre fois aux apophyses mastoïdes. Un herpès s'est développé autour de la bouche et des ailes du nez.

30. Délire et agitation continuels. 2 vésicatoires aux jambes.

Etat semblable le 1er jusqu'au soir, qu'arriva la mort.

Autopsie 36 *heures après la mort.* — A la face interne du cuir chevelu, au niveau de toute la fosse temporale gauche, il existe une ecchymose qui se rencontre également sous l'aponévrose temporale et dans le muscle crotaphite. La calotte du crâne étant détachée de la base par un trait de scie, on ne trouva sur elle aucune fracture. Il n'y avait non plus aucun épanchement de sang entre la voûte du crâne et la dure-mère. Les veines superficielles du cerveau étaient

pleines de sang. On trenva quelqnes injections partielles en différents points de l'arachnoïde à la face supérieure dn cerveau. A la surface des circonvolutions, le long des vaisseaux, et dans plnsieurs anfractnosités, snrtont à la partie moyenne et antérieure de l'hémisphère gauche, était épanchée une lymphe coagulée jaunâtre. A la face inférieure du cerveau de véritable pus était infiltré dans la pie-mère, principalement autour des nerfs optiqnes et entre les pédoncules. Les ventricules contenaient nne sérosité tronble assez abondante. La substance cérébrale était injectée, mais sans contenir aucun caillot de sang.

J'examinai avec le plns grand soin l'état des parties dans la fosse cérébrale moyenne du côté gauche. La dnre-mère n'y était déchirée dans ancun de ses points. Il existait à la face interne, sur l'arachnoïde qui la recouvre, trois petits caillots sangnins très minces et de la dimension chacun d'une lentille, qui purent se détacher facilement par un léger frottement du doigt. En détachant la dure-mère du sphénoïde et du temporal, on trouva denx caillots, plutôt semblables à des ecchymoses qu'à des épanchements de sang, l'un placé au niveau de la suture écailleuse, l'antre à la face supérieure et antérieure du rocher, en avant dn bord supérieur de cet os. A l'endroit de ces deux caillots, qui avaient chacnn la largeur de l'ongle, et qui étaient sans aucune épaisseur, la dure-mère n'était pas adhérente. Elle adhérait aux os dans le reste de son étendue.

Les sinus ont été onverts avec une grande attention, et l'examen le plus minutieux ne put faire découvrir de déchirure on d'éraillure, soit dans le sinns caverneux ou les deux pétreux supérieur ou inférieur, soit dans le sinus latéral gauche, qni fut examiné avec un soin particnlier à son intérieur.

Après avoir enlevé et détaché la dure-mère de toutes ses adhérences à l'os temporal, on trouve nne fracture linéaire, sans écartement, reconnaissable à nn tractus rouge que l'on peut agrandir en écartant ses bords, par des tractions en sens opposé. Cette fracture, qui est unique et réduite à nne simple fissure, a une portion verticale qui commence au bas de la fosse temporale, et atteint la partie moyenne de la paroi supérieure du conduit auditif externe en traversant la suture écailleuse, là précisément où était un des caillots ecchymotiques signalés plus haut. Ensuite, devenant horizontale, elle marche presque transversalement du conduit auditif externe à l'ori-

fice du conduit auditif interne, placée au-dessous du second caillot également décrit. Dans ce trajet elle n'est pas parfaitement droite, et se conde un peu au niveau de l'*hiatus* de Fallope, suit la face antérieure du rocher, en se rapprochant du bord supérieur de cette partie osseuse à mesure qu'elle avance en dedans, et enfin s'arrête un peu avant d'avoir atteint l'orifice auditif interne. — Ayant scié le rocher par une coupe perpendiculaire à son axe, et de manière à tomber dans la caisse, nous avons pu examiner quelle était la profondeur du trait de fracture. Nous avons constaté que la fissure divisait dans toute son épaisseur la paroi supérieure du canal auditif externe ; qu'elle atteignait la circonférence de la membrane du tympan, que cette membrane offrait une rupture vers son centre, assez large pour admettre une tête d'épingle ordinaire, sans que l'on ait pu voir si cette rupture allait jusqu'à la circonférence de la membrane et jusqu'au trait de fracture. Celle-ci, au delà du cercle tympanal, atteignait la fenêtre ovale, dans laquelle cependant la base de l'étrier restait encadrée. Il nous a paru même que la membrane fermant la fenêtre n'était pas rompue. Puis la fissure coupait le canal de Fallope au niveau du coude formé par le nerf facial, et allait mourir dans la table supérieure du canal auditif interne. Le nerf facial n'était point lésé, et il n'y avait point de sang épanché autour de lui. Cette partie de la fracture, d'ailleurs, était une simple fissure sans aucun écartement, et on eut besoin pour la rendre visible d'en écarter les bords avec force.

Voici l'analyse chimique du liquide écoulé par l'oreille, faite par M. Rabourdin, habile pharmacien d'Orléans.

« Liquide incolore, légèrement opalin, filtrant avec la plus grande » facilité, d'une saveur légèrement salée, faiblement alcalin. Il donne » un résidu de 1,25 pour 100 parties, composé presque en entier de » sels alcalins, et principalement de chlorure de sodium.

» Sur 1000 parties de ce liquide on trouve :

» Eau.................	98,750	1000
» Chlorure de sodium....	1,065	
» Mucus..............	0,135	
» Matière extractive......		
» Carbonate de soude....		
» Phosphate de chaux....		
» Sulfate de potasse......		
» Albumine............	des traces	

Remarques. 1° Cette observation présente la condition qui s'est presque toujours rencontrée dans les cas où il s'écoulait nn liquide aboudant par l'oreille, d'*une fracture divisant la membrane du tympan, et allant du conduit auditif interne à l'externe, en passant par la fenêtre ovale*.

2° L'analyse chimique du liquide éconlé a moutré nne composition presque semblable à celle du liquide examiué par M. Chatin dans la première observation du mémoire de M. Robert (*Mémoires de la Société de Chirurgie*, tome I, page 564); c'est-à-dire, d'une part, une composition fort analogue à celle du liquide encéphalo-rachidieu, et d'autre part, beaucoup plus de chlorure de sodium qu'il n'en existe daus le sérum du sang, et beaucoup moins d'albumine qu'il ue s'en trouve dans ce sérum.

3° Le liquide écoulé par l'oreille a été fort aboudaut, puisqu'en moins de 24 heures on a pu eu recueillir 160 grammes; il a coulé longtemps, puisque son issue a duré 4 jours et une nuit. Il a été parfaitement incolore depuis le commencement jusqu'à la fin, si l'on néglige le rapport de peu de valeur d'un assistant qui dit avoir remarqué qu'il était légèrement rosé immédiatement après la chute qui a produit la fracture. On ne doit pas oublier que, tombé à 8 heures et 1/2 du soir, le blessé fut de suite apporté à l'hôpital, et que tout le liquide sorti pendant la nuit u'avait laissé aucune trace de coloration sur l'oreiller, qui, le lendemain, fut trouvé mouillé comme avec de l'eau.

4° On ne saurait admettre, et pour ma part je n'admets pas que les deux très minces caillots trouvés eutre le temporal et la dure-mère, bien que placés sur le trajet même de la fracture, aieut pu, eu exprimaut leur sérosité, fournir tout le liquide écoulé par l'oreille. A cette manière de voir, on peut objecter d'abord la constaute transparence du liquide, eusuite le décollement très limité de la dure-mère, qui prouve qu'à leur origine même les caillots ont été très peu étendus.

5° On ue saurait admettre davantage que ce liquide ait été fourni par le sang des sinus, d'abord à cause encore de sa transparence, ensuite parce, que ces canaux veineux ayant été examinés avec un grand soin à leur intérieur, et notamment le sinus latéral, conformément au désir exprimé par M. Chassaignac, aucune déchirure ni éraillure n'est venue justifier la théorie de ce chirurgien.

6° Je pense qu'il ne serait pas soutenable de croire qu'un liquide aussi abondant a pu être donné par la liqueur de Cotugno qui baigne les cavités de l'oreille interne.

7° Par conséqnent, je considère l'observation précédente comme venant à l'appui de l'opinion d'A. Bérard, opinion soutenne et développée pér M. Robert, et qui regarde le liquide éconlé par l'oreille, dans ces sortes de fractures, comme une partie du liquide encéphalo-rachidien.

8° A la vérité, il faut reconnaître qu'on n'arrive à cette dernière opinion qne d'une manière indirecte, et par suite de l'exclusion des autres manières de voir; car la preuve directe d'nne voie ouverte au liquide *entre le tissu sous-arachnoïdien* et l'oreille externe, à travers l'oreille interne et la moyenne, n'a pas encore été donnée jusqu'ici, je le crois au moins. Pour ma part, malgré le soin que j'y ai mis, je n'ai pu saisir, en examinant le prolongement des méninges au fond du conduit auditif interne, une rupture permettant le passage et la sortie du liquide qui baigne le tissu aréolaire de la pie-mère. Ma recherche sur ce point ne m'a donné aucun résultat pour ou contre, et c'est parce que je la considère comme nulle qne je ne l'ai pas mentionnée dans l'observation.

9° Enfin, je noterai deux circonstances: l'une, déjà signalée par d'autres observateurs, qui est la conservation de l'ouïe du côté où siégeait la fracture; l'autre, qui est la non-paralysie des muscles animés par le nerf facial, sans doute ce dernier défaut de paralysie a tenu à ce qne les bords de la fissure qui atteignait le canal de Fallope n'étaient point écartés, et à ce qu'aucune quantité de sang ne comprimait le nerf dans son trajet. Quant au défaut de paralysie des membres ou d'hémiplégie, il s'explique par l'absence presque totale de caillot à l'intérieur du crâne. Les symptômes proprement dits ont été ceux de la méningite; mais comme celle-ci est toujours imminente dans une fractnre du crâne, la seule circonstance d'un écoulement de liquide séreux par l'oreille externe, en attestant une fracture du rocher, doit faire porter nn pronostic grave, malgré le peu d'accidents qui peuvent se montrer dans les premiers jours.

M. Chassaignac. Ce fait n'apporte aucun éclaircissement à la question touchant la nature du liquide qui s'écoule par l'oreille. La dure-mère, qui ferme l'orifice du conduit auditif

interne, ne paraît pas avoir été déchirée. M. Debrou a bien examiné le sinus, mais il fallait descendre jusque dans le golfe de la veine jugulaire, et il n'en parle point dans son observation.

Il est remarquable que la déchirure de la membrane du tympan n'existe qu'au centre de cette membrane, sans en atteindre la circonférence. J'ai déjà observé une fois cette disposition, qu'il serait difficile d'expliquer.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix le renvoi du rapport de M. Gosselin au comité de publication; ce renvoi est prononcé.

Tubercules de la prostate.

M. VIDAL (de Cassis). Cette pièce me paraît intéressante, principalement sous deux rapports : d'abord parce que c'est un exemple incontestable de tubercules de la prostate, et qu'il ne s'agit pas seulement de pus concret, comme dans plusieurs faits que je pourrais citer; en second lieu, n'est-il pas remarquable que les tubercules siégent exclusivement dans les lobes latéraux, qui n'ont pris de développement qu'en arrière? Le cathétérisme ne pouvait donner ici aucun éclaircissement, et sans le toucher rectal, la tuméfaction de la prostate pouvait échapper au chirurgien. La partie moyenne de la glande était à l'état normal. Il y avait des tubercules dans les poumons.

M. GOSSELIN. Y avait-il une cystite?

M. VIDAL (de Cassis). Oui; elle était caractérisée par des envies fréquentes de rendre les urines, par un dépôt filant dans ce liquide, etc.

M. GUERSANT. J'ai vu à Bicêtre un vieillard de 70 ans, qui avait des tubercules dans la prostate en même temps que dans les poumons et dans d'autres organes. Son fils, qui se trouvait dans le même établissement, avait aussi tous les attributs du tempérament scrofuleux.

M. MARJOLIN. J'ai observé à l'hôpital Beaujon un homme de 35 à 40 ans, atteint du mal de Pott, avec paraplégie, chez

lequel il survint une rétention d'urine et des abcès testiculaires. A l'autopsie, on trouva des foyers tuberculeux dans la prostate.

M. Lebert. Il serait intéressant de savoir si les tubercules de la prostate se développent primitivement ou consécutivement à des tubercules pulmonaires. J'en ai observé assez souvent dans les ganglions lymphatiques extérieurs, sans qu'il y en eût dans la poitrine. Peut-être en est-il de même pour la prostate.

M. Robert. Le fait de M. Vidal est très important au point de vue du diagnostic. Ce développement de la prostate en arrière pourrait en imposer pour une névralgie du col vésical. J'ai vu un jeune homme qui urinait fréquemment et avec douleur, qui souffrait au bout de la verge, etc. Peut-être ces symptômes, que je rapportai à une névralgie du col vésical, dépendaient-ils d'une de ces affections de la prostate.

M. Vidal (de Cassis). J'ai rencontré deux fois les tubercules testiculaires coïncidant avec des tubercules pulmonaires, et dans ces deux cas un seul des testicules était affecté. Dans deux autres cas, au contraire, où les tubercules n'existaient que dans la glande séminale, il y en avait des deux côtés. On pourrait, sous ce rapport, rapprocher les tubercules graves du testicule, c'est-à-dire ceux qui coexistent avec la phthisie, du cancer du même organe, qui siége généralement que d'un seul côté. Ce tubercule, que j'appellerai malin, se comporterait ici comme les autres affections malignes.

M. Larrey. J'ai également vu chez deux phthisiques des tubercules testiculaires qui n'occupaient qu'un seul de ces organes.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, Morel-Lavallée.

Séance du 10 *septembre* 1850.

Présidence de M. Danyau.

Traitement des abcès par congestion au moyen des injections iodées.

M. Boinet présente un mémoire sur le traitement des abcès par congestion au moyen des injections iodées.

Après avoir rappelé les opinions généralement admises sur l'incurabilité des abcès par congestion, à cause de la difficulté de guérir la carie qui en est la cause, et à cause de l'introduction de l'air dans les foyers, regardée comme très nuisible, M. Boinet rapporte quatre observations qui prouvent qu'au moyen des injections iodées on peut obtenir à la fois la guérison de la carie et des abcès qui en sont la conséquence, et qu'en outre l'introduction de l'air dans le foyer n'offre, en aucune façon, dans ce traitement, les inconvénients qu'on s'est accordé à lui attribuer.

Voici d'abord les conclusions de ce travail :

1° On peut guérir en quelques mois, à l'aide des injections iodées, des maladies qui, le plus souvent, ne cèdent ni aux moyens locaux, ni aux remèdes généraux. Les plus graves de ces maladies sont les abcès par congestion qui reconnaissent pour cause une carie profonde.

2° Ce moyen est simple, et n'a rien qui effraie ni les malades, ni leur entourage.

L'idée première de traiter les abcès par congestion par les injections iodées remonte à 1839, et est venue à M. Boinet à la suite d'une guérison rapide d'un vaste abcès de la fosse iliaque par cette injection. De nombreux succès obtenus depuis cette époque pour des abcès chroniques de cause diverse autorisent M. Boinet à fixer l'attention des praticiens sur

toutes les ressources qu'offre cette méthode appliquée au traitement de ces abcès.

Après quelques cansidérations générales de physiologie pathologique, M. Boinet recommande, pour pratiquer ces injections, les précautions suivantes : de ponctionner ces abcès aussitôt que la flûctuation est évidente; de les vider le plus complétement possible du pus qu'ils contiennent; de faire immédiatement une injection iodée, de la laisser quatre ou cinq minutes dans le foyer purulent, pour qu'elle le touche dans tous les points, de ne laisser sortir que la moitié ou les trois quarts du liquide injecté; enfin de revenir à de nouvelles injections tous les huit ou dix jours, et aussitôt qu'une certaine quantité de pus s'est amassée, et de faire ainsi jusqu'à la guérison complète. La teinture d'iode injectée peut être pure ; mais dans les vastes foyers et dans les premières injections, M. Boinet propose d'y ajouter parties égales d'eau et 4 gram. d'iodure de potassium par 100 gram. de teinture alcoolique d'iode. Cette addition a pour but de rendre plus complète la solution de la teinture d'iode. Le traitement général ne doit point être omis. Il consiste dans un régime substantiel, les ferrugineux, l'iodure de fer, l'huile de foie de morue, etc.

Les quatre faits que M. Boinet apporte à l'appui de sa méthode ont trait à des abcès par congestion, ayant un siége différent. Le premier est celui d'un malade de trente-quatre ans qui était traité depuis cinq ans pour un abcès par congestion produit par une carie de l'articulation coxo-fémorale, et qui a été guérie en huit mois. Le deuxième est celui d'une demoiselle de trente-huit ans qui a été guérie d'une carie du sacrum avec abcès après huit mois de traitement. Le troisième est celui d'une jeune fille de 21 ans, atteinte de deux abcès par congestion, produits par une carie des 3e, 4e et 5e vertèbres cervicales; enfin le dernier appartient à un enfant de neuf ans, ayant une carie de la colonne vertébrale avec gibbosité et un vaste abcès par congestion, qui contenait plus d'un litre et demi de pus. Cinq injections iodées ont suffi

pour le guérir radicalement; et depuis, sa santé, qui était très compromise au moment de l'opération, s'est considérablement améliorée.

La discussion sur le mémoire de M. Boinet est renvoyée à la prochaine séance.

Laryngite compliquée chez un adulte. Trachéotomie. Guérison.

M. Larrey communique l'observation suivante :

« Un jeune soldat du 37e de ligne, d'assez bonne constitution, fut affecté en 1842, avant son entrée au service, d'une maladie syphilitique caractérisée par un chancre à la verge, et il suivit, à l'hôpital de Rouen, un traitement mercuriel qui parut le guérir complétement; mais depuis cette époque ce jeune homme devint sujet aux maux de gorge, et conserva une telle susceptibilité des voies respiratoires que, sous l'influence des causes de refroidissement les plus légères, il contracta des enrouements opiniâtres. Ainsi, en 1848, il fut atteint d'une angine pharyngée qui céda à une médication ordinaire; en 1849, la même affection reparut, et se compliqua d'ulcérations au voile du palais, aux amygdales et au pharynx. Traitó à l'hôpital militaire de Strasbourg par des moyens locaux et notamment par la cautérisation, le malade se trouva encore une fois guéri. Au commencement de 1850, de nouveaux symptômes d'angine se reproduisirent et disparurent bientôt, pour se manifester enfin dans le courant du mois d'août dernier avec plus d'intensité.

» Le malade, après avoir reçu les premiers soins à l'infirmerie de son régiment, fut envoyé le troisième jour à l'hôpital du Gros-Caillou. Admis le 19 août dans mon service, dit M. Larrey, il éprouvait une gêne extrême dans la respiration, avec une toux fréquente, saccadée, suivie d'expectoration de mucosités glaireuses assez abondantes. La voix, devenue rauque, entrecoupée, était à peine intelligible. L'exploration de la gorge faisait reconnaître une atrophie ulcérative ancienne

des piliers du voile du palais , de la luette et des amygdales, et une phlogose assez intense du pharynx recouvert à sa surface de plusieurs plaques pseudo-membraneuses jusque vers l'ouverture de la glotte, qui paraissait œdématiée. La pression exercée à l'extérieur du larynx y déterminait une douleur fixe, en provoquant de nouvelles quintes de toux. L'auscultation, enfin, permettait de constater vers le sommet de chaque poumon un engouement assez prononcé.

» Tel était l'état dans lequel je trouvai le malade à ma visite du lendemain matin. Il offrait les signes d'une laryngite aiguë suffocante, en partie œdémateuse, en partie pseudo-membraneuse, pouvant se lier d'ailleurs à des ulcérations syphilitiques ; et cette affection complexe était déjà parvenue à un tel degré de gravité, que la seule chance probable de guérison me semblait devoir être l'opération de la bronchotomie.

» Mais, avant de la pratiquer, je réunis mes confrères de l'hôpital pour m'éclairer de leurs conseils ; ils partagèrent à peu près mon avis, si ce n'est que l'opération leur parut pouvoir être différée de quelques heures ou d'un jour encore, afin de laisser une dernière chance de succès à des moyens de traitement simples.

» En conséquence, une large saignée, ayant déjà été faite, fut renouvelée, ainsi que l'application des révulsifs aux extrémités, sans résultat sensible; une potion émétisée détermina quelques vomissements salutaires en apparence, mais les accidents reparurent quelques instants après avec plus d'intensité ; un vésicatoire volant placé au-devant du cou n'eut pas plus d'effet, non plus que les gargarismes astringents et même la cautérisation de l'arrière-gorge.

» A une troisième visite de la journée, vers deux heures de l'après-midi, trouvant le malade dans un état plus grave encore, atteint d'une toux suffocante avec orthopnée extrême, aphonie complète, congestion vultueuse de la face, engouement pulmonaire plus étendu, avec imminence enfin d'as-

phyxie, je me décidai, sans plus attendre, à pratiquer la trachéotomie.

» L'opération, faite selon la méthode ordinaire, n'offrit rien de notable, si ce n'est une hémorrhagie veineuse provenant du plexus thyroïdien. Fallait-il essayer d'arrêter cette hémorrhagie avant d'ouvrir la trachée, ou bien fallait-il passer outre et achever l'opération? Je n'hésitai pas à prendre ce dernier parti. A peine la ponction de la trachée fut-elle faite, que l'air en sortit avec violence, chassant devant lui le sang épanché dans la plaie. La section des premiers anneaux du tube aérien donna issue aussitôt à des mucosités abondantes et à quelques pellicules ou débris de fausses membranes. Une canule simple, mais assez grosse, fut immédiatement et facilement introduite dans la trachée; l'hémorrhagie se trouva dès lors arrêtée tout à fait, et l'air, en pénétrant librement dans les poumons, mit fin à tous les accidents et ramena bientôt à la vie le malheureux, qui allait expirer.

» Nous n'avons négligé aucun des soins accessoires, si essentiels cependant au succès de l'opération, tels que la surveillance permanente et le maintien de la canule, l'application d'un morceau de gaze au-devant de son orifice et la désobstruction fréquente de sa cavité, pour la débarrasser des mucosités qui tendaient à s'y accumuler. La cautérisation du pharynx fut renouvelée à plusieurs reprises, et un traitement antisyphilitique fut même prescrit dès le premier jour, moins par nécessité que par précaution. La position relevée et l'immobilité absolue étaient indiquées enfin, ainsi qu'un régime assez sévère, malgré la facilité de la déglutition.

» Le résultat le plus heureux dépassa notre attente, et dès le sixième jour (circonstance notable) la canule fut enlevée, sans qu'il fût nécessaire d'en réintroduire une nouvelle. Les accidents s'étaient donc arrêtés presque instantanément; la respiration se rétablit ensuite avec régularité, par la canule d'abord, puis sans la canule, et la phonation put s'exécuter aussi dès que l'ouverture de la trachée parut se fermer, c'est-

à-dire dès le neuvième jour de l'opération. J'avais eu la précaution, du reste, de maintenir les lèvres de la plaie extérieure bien écartées, afin que la suppuration eût lieu seulement au dehors, et que la cicatrisation s'effectuât des parties profondes vers les parties superficielles. Il en fut ainsi, en effet, et aujourd'hui, vingtième jour (10 septembre), la guérison est complète.

» Cette observation me semble offrir quelque intérêt pratique, en raison d'abord de la forme insidieuse et compliquée de cette angine ; en raison ensuite de sa tendance à récidiver trois années de suite ; en raison enfin du succès obtenu par la trachéotomie dans un cas désespéré.

» La conséquence à tirer de cette observation serait donc, il me semble, d'appliquer, chez les adultes, un principe qui tend à se généraliser pour les enfants atteints d'angine pseudo-membraneuse, à savoir, l'opportunité de la bronchotomie. »

L'heure avancée ne permet pas d'engager une discussion sur le fait que vient de communiquer M. Larrey.

Séance du 18 *septembre* 1850.

Présidence de M. Danyau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

A propos du procès-verbal, M. Guersant fait observer que M. Larrey, dans l'opération de trachéotomie qu'il a pratiquée, a ôté la canule au bout du sixième jour, contrairement à ce que l'on fait habituellement. Lui-même, tout récemment, a agi de la même manière dans une opération de croup, et l'opéré s'en trouva très bien. C'est, ajoute-t-il en terminant, le huitième insuccès sur 52 opérations de croup.

M. Larrey dit que le cas pour lequel il eut à pratiquer la trachéotomie est un cas insidieux. Plusieurs conditions morbides se trouvaient réunies sur le même individu ; il avait affaire à une laryngite œdémateuse, compliquée de fausse membrane,

et les antécédents du malade faisaient craindre que la syphilis ne fût point étrangère à cette affection. Ce n'était point d'une manière définitive qu'il ôta la canule au sixième jour. Son intention était même de la remettre; mais, le malade respirant bien sans elle, il crut inutile de la remplacer.

M. Chassaignac a pratiqué au mois de juillet la même opération sur un enfant pour un cas de croup. Il a laissé la canule en place seulement quatre jours. Il a opéré suivant son procédé, qui prévient l'hémorrhagie. L'enfant a succombé le onzième jour à une pneumonie lobulaire.

M. Larrey ajoute, en terminant, que son malade n'a éprouvé pendant l'opération qu'une hémorrhagie veineuse, sur laquelle il n'insistera pas, cet accident ayant été très bien étudié par M. Lenoir dans sa thèse sur la trachéotomie.

Correspondance.

La Société a reçu :

1° Un mémoire de M. Cazenave (de Bordeaux), ayant pour titre : *Tailles exceptionnelles*, etc. (M. Guersant est chargé de faire un rapport sur ce travail) ;

2° Un mémoire de M. Méli sur le choléra asiatique dans la ville de Marseille.

Discussion à propos du mémoire de M. Boinet sur le traitement des abcès par congestion par la teinture d'iode.

M. Huguier fait observer qu'il y a dans le travail de M. Boinet des opinions formulées d'une manière trop absolue. Ainsi, suivant l'auteur du travail qui fait l'objet de cette discussion, tous les abcès par congestion symptomatiques d'altérations des os sont au-dessus des ressources de l'art, et tous les malades succombent ; mais tout le monde sait que certains de ces abcès guérissent. Pour son compte, il en a vu guérir qui étaient symptomatiques d'altérations diverses du système osseux sans injection iodée. M. Boinet, ajoute M. Huguier, ne donne que quatre observations ; mais il faudrait savoir sur combien de

malades ces injections iodées ont été pratiquées, combien de fois elles ont été faites sur le même malade, et dans quelles circonstances, etc.

Puis, dit M. Huguier, l'auteur du mémoire n'a pas été toujours assez sévère dans son diagnostic; plusieurs observations citées par lui ne sont pas probantes; une observation seulement présente tous les phénomènes d'un abcès par congestion. Mais le malade qui fait le sujet de cette observation a été soumis pendant longtemps à un traitement spécial ; des préparations d'iode ont été données pendant plusieurs mois. Ne peut-on pas dans ce cas, ajoute M. Huguier, attribuer la guérison au traitement interne, plutôt qu'aux injections iodées?

M. Michon trouve le mémoire de M. Boinet important ; et si les idées qu'il renferme sont justes, il doit changer la thérapeutique chirurgicale des abcès par congestion. M. Michon examine le travail de M. Boinet au point de vue doctrinal et au point de vue pratique. En effet, l'auteur du mémoire en question présente une méthode neuve qui a la prétention de guérir des choses incurables. Mais est-il bien vrai, comme le prétend M. Boinet, qu'avant lui la thérapeutique était désarmée devant les malades affectés d'abcès par congestion? Il dit que ces malheureux étaient voués à une mort certaine. M. Boinet ne peut pas ignorer que le traitement de Pott reposait sur quelques fondements, puisqu'il a été suivi depuis ce chirurgien jusqu'à nos jours. Pour sa part, M. Michon compte deux cas de guérison d'abcès par congestion liés à une affection de la colonne vertébrale avec gibbosité. L'un de ces anciens malades est secrétaire à la mairie de Bercy; l'autre, fils d'un maître d'hôtel. De plus, Dupuytren a cité des faits de guérison; des autopsies même d'individus guéris d'abcès par congestion, et morts ensuite d'autres maladies, ont été faites dans le service de ce grand chirurgien. Comme on le voit, ce qu'il y a de trop absolu dans ce travail tombe devant les faits. Voyons, dit M. Michon, les observations qui font

la base de ce travail. Elles sont au nombre de quatre. Une seule prouve en faveur des idées de l'auteur. En effet, elle est relative à un malade affecté d'une lésion de l'articulation coxo-fémorale guérie au huitième mois d'abcès, consécutif à cette affection, par les injections iodées. Mais M. Michon fait observer que les abcès de ce genre guérissent, et il rapporte à ce propos l'histoire d'un malade, actuellement dans son service, qui a guéri dans le même temps de la même affection, et cela sans injection.

La deuxième observation est relative à une fille de 21 ans. Dans ce cas, y a-t-il abcès par congestion venant de la colonne vertébrale? Il n'y a point de saillie anomale; peut-être les abcès dans ce cas tenaient-ils à une lésion des lames vertébrales pour lesquelles les injections iodées n'ont point été inutiles.

La troisième se rapporte à un homme de 38 ans ayant une carie du sacrum. Ces trois faits, ajoute M. Michon, ne prouvent pas ce que M. Boinet veut leur faire prouver; d'abord il n'y avait point d'abcès par congestion dans le sens généralement admis par les auteurs, et rien ne prouve que les malades n'aient pu guérir sans injections iodées. Je ne dis pas, ajoute M. Michon, que les injections faites par M. Boinet n'aient pas été utiles.

La quatrième observation a pour objet un enfant de 9 ans réellement affecté d'abcès par congestion avec gibbosité. Là le diagnostic est positif; mais qui dit que le malade eût péri sans les injections iodées? Ne sait-on pas que c'est surtout chez les jeunes sujets que ces affections guérissent? car chez eux, l'évolution du système osseux n'étant pas complète, on peut beaucoup espérer des efforts de la nature. En un mot, dit M. Michon, le travail de M. Boinet, intéressant d'ailleurs, pèche en ce qu'il est trop absolu et par l'absence de détails anatomiques importants; il eût fallu que l'auteur nous dît: Les injections iodées guérissent dans telles circonstances et ne guérissent pas dans telles autres.

M. Chassaignac reconnaît tous les avantages d'un traitement général dans les affections du système osseux ; aussi ne faut-il pas se hâter de conclure en faveur du traitement local quand il n'a été en quelque sorte que secondaire. M. Chassaignac s'est beaucoup occupé de la question des injections iodées ; en ville et à l'hôpital, il a eu occasion de les employer avec avantage ; mais il diffère daus l'interprétation. Suivant lui, les injections établissent des trajets fistuleux salutaires, en même temps que par le traitement général on modifie la constitution, comme il a eu occasion de le faire récemment pour des abcès tenant, l'un à une lésion de la clavicule, et l'autre du sternum. Toutefois, il diffère dans sa manière de faire de M. Boinet ; ses injections iodées sont précédées d'un lavage de la cavité de l'abcès par des injections aqueuses. De plus, il est loin de partager les idées de M. Boinet sur l'innocuité des injections iodées ; il a vu des accidents graves suivre ces injections, des inflammations intenses, une fonte du testicule ; et dans une circonstance où il pratiquait, chez un malade affecté de gibbosité, une injection dans un abcès situé sur les parties latérales de la poitrine, le malade fut pris de quintes de toux, et un instant après, M. Chassaignac put croire que l'injection avait passé dans les bronches, à la couleur des matières expectorées. Il faut donc être attentif quand on fait de pareilles injections. D'autres fois, ces opérations ne produisent nul effet. Somme toute, dit M. Chassaiguac, l'avantage le plus réel et le plus incontestable des injections iodées est d'établir une fistule qui permet ultérieurement l'écoulement facile de la suppuration.

M. Lebert adresse quelques reproches au travail de M. Boinet ; il eût désiré plus de méthode et des preuves plus convaincantes. Ce travail ne peut être considéré que comme le commencement d'une série de recherches. En effet, dans les abcès par congestion suite de lésion de la colonne vertébrale, les altérations sont nombreuses. Tantôt on a affaire à des caries, à des nécroses invaginées daus le corps des vertèbres,

à des tubercules dont le siége est variable. Parmi ces lésions vertébrales donnant lieu à des abcès, il en est de graves, promptement mortelles ; d'autres, au contraire, permettent aux individus porteurs de ces lésions de vivre un temps assez long. Il fallait donc spécifier. Puis, ajoute M. Lebert, comment croire à l'efficacité des injections quand celles-ci sont précédées d'un traitement général longtemps continué ; il fallait donc, pour tirer des conclusions rigoureuses, soumettre les malades aux injections seules.

M. Forget. Bien que M. Boinet n'ait pas dit, ainsi qu'on le lui a reproché, en parlant de la terminaison des abcès symptomatiques, qu'elle fût *toujours*, mais bien *le plus souvent* funeste avant l'emploi des injections iodées, il pense que, même ainsi formulée, cette proposition est encore trop générale. Elle est en contradiction avec des faits nombreux de guérison dont il a fait le relevé ; il pourrait en citer plusieurs qui lui sont propres ; mais ne voulant pas insister davantage sur ce point, il se borne à rappeler l'opinion d'un praticien éminent, de Flaubert, de Rouen. Ce chirurgien, voyant un de ses confrères d'un des hôpitaux de Paris se préparer à amputer un jeune garçon affecté d'une carie tuberculeuse des os du pied, lui dit : « *A Paris, vous amputez donc pour de pareils cas? A Rouen, avec un bon air, une alimentation saine, nous les guérissons à mesure que les malades atteignent un âge plus avancé.* » Or, ce que Flaubert a vu, il est peu de praticiens qui n'aient eu occasion de le constater. Mais, continue M. Forget, la conclusion de M. Boinet est de plus en opposition avec les observations que renferme son mémoire, lesquelles nous montrent tous les malades soumis à un traitement général avant et pendant l'emploi des injections iodées. Comment peut-il alors avancer, sans tenir compte du traitement général, que ces dernières guérissent en quelques mois des lésions organiques rebelles à tout autre traitement? Quant à ces injections en elles-mêmes, elles sont loin de constituer un moyen nouveau. On lit dans le *Bulletin de Thérapeutique* un

exposé de faits qui prouvent que depuis longtemps M. Lugol procède à cette injection exactement comme notre collègue ; seulement il a rejeté la solution alcoolique d'iode, qui lui a paru avoir des inconvénients, et il lui préfère une solution aqueuse d'iodure de potassium dans laquelle l'iode est ensuite dissous. Mais ces injections, comme le fait observer le médecin de l'hôpital Saint-Louis, ne guérissent point la maladie ; avant comme après, la constitution tuberculeuse persiste, et elle ne peut être modifiée que par le traitement général.

M. Forget ajoute encore que dans le traitement de ces maladies, essentiellement chroniques, c'est toujours le dernier venu qui a l'honneur de la guérison, et la dernière médication suivie, celui de l'avoir produite. il est juste cependant de tenir compte des médications faites antérieurement, surtout lorsqu'elles ont été rationnelles et efficaces. Ne sait-on pas, en effet, qu'une médication n'agit pas toujours au moment où elle est suivie ; que souvent son action se continue et se manifeste longtemps après qu'on en a cessé l'emploi ? Il semble que l'organisme s'assimile par une sorte de digestion lente certains médicaments de l'ordre de ceux qu'on appelle spécifiques. Je crois qu'il en est ainsi de beaucoup de malades dont la constitution a été modifiée de la sorte. On arrive alors sur un terrain bien préparé, et il reste souvent peu de chose à faire pour effacer les dernières traces de la maladie. Je ne dis pas que les malades de M. Boinet aient été dans ce cas ; mais il eût été bon de s'en assurer et de voir s'il n'y avait pas, dans le résultat obtenu, à faire la part d'autrui.

Passant aux abcès par congestion, M. Forget dit que, acceptant le sens donné par Boyer à cette dénomination, il n'en voit, comme M. Michon, qu'un seul exemple dans les quatre faits rapportés par M. Boinet. Il le regarde comme un très beau résultat pratique ; mais il ne pense pas que, pour en rehausser la valeur, il fût nécessaire de dire qu'il n'en existait pas d'analogues. Aux faits déjà mentionnés par M. Michon, il convient d'en ajouter plusieurs autres ; pour cela,

j'irai puiser à une source qui est bien connue : c'est le rapport de la commission instituée pour suivre les travaux cliniques de M. Jules Guérin ; il y en a là de fort remarquables, et qui acquièrent une grande importance de l'autorité des noms sous la garantie desquels ils ont été publiés. M. Forget se borne à en exposer deux seulement qui lui ont paru les plus concluants ; dans ces cas, dit-il en terminant, la guérison a été obtenue en dehors de toute injection iodée. Il est regrettable que M. Boinet ait omis de citer ces faits ; la partie historique de son mémoire y eût gagné, et le parallèle qu'il eût fait entre le traitement qu'il propose et celui de M. J. Guérin n'eût pu qu'être intéressant et fructueux pour la pratique.

M. Guersant aurait voulu que M. Boinet donnât ses insuccès ; une méthode ne réussit pas toujours. Souvent il a vu des enfants affectés d'abcès par congestion guérir, à l'hôpital des Enfants, par un traitement général. De plus, M. Boinet, en instituant une méthode nouvelle, aurait dû indiquer les doses du médicament employé, l'époque de ces injections, entrer, en un mot, dans tous les détails nécessaires pour qu'on pût répéter ses expériences.

M. Boinet maintient sa proposition que, suivant les auteurs anciens et modernes, les abcès par congestion sont une affection le plus souvent au-dessus des ressources de l'art, et que les malades succombent quoi qu'on fasse. MM. Huguier, Michon et quelques autres personnes, ajoute-t-il, trouvent cette proposition fort exagérée, et citent plusieurs cas de guérison observés par eux. Si je me suis trompé, ajoute M. Boinet, je me suis trompé avec les auteurs des dictionnaires de médecine, du *Compendium de Chirurgie*, avec Boyer, Samuel Cooper, Sanson, Lenoir et Nélaton. Ce dernier considère cette affection comme incurable si elle dépend d'un os qui par sa position se soustrait à l'emploi de nos moyens chirurgicaux, et se demande s'il est même utile d'ouvrir les abcès par congestion, ce qu'il ne pense pas ; car il n'admet leur

ouverture que lorsqu'ils sont sur le point de s'ouvrir spontanément, pour prévenir les accidents d'infection putride, d'épuisement, qui ne tardent pas à enlever les malades. Des quatre observations présentées par moi, une seule aurait une valeur aux yeux de mes honorables collègues ; et quant aux autres, elles n'appartiendraient pas à des abcès par congestion. Comme on l'entend habituellement, il suffit de lire ces observations pour se convaincre du contraire ; la carie, dans toutes, a été constatée par le toucher à l'aide d'un stylet ; la marche de la maladie, sa durée, les abcès formés loin des os malades, la nature du pus, la constitution des malades, tout prouve qu'il y avait carie, abcès par congestion, accidents qui, chez ces malades, ont résisté pendant plusieurs années à tous les traitements locaux et généraux conseillés par des praticiens distingués et qui, sous l'influence d'injections iodées aidées d'un traitement général, ont rapidement disparu dans l'espace de quelques mois. Parmi ces quatre observations de guérison, trois m'appartiennent ; trois fois seulement j'ai eu occasion de faire des injections pour des abcès par congestion, et trois fois nous avons guéri.

M. Forget, ajoute M. Boinet, pense que chez les sujets de ces observations la maladie était pour ainsi dire épuisée et que les traitements antérieurs qu'ils avaient subis les avaient amenés à ce point que la guérison aurait eu lieu toute seule sans le secours des injections iodées, dont l'influence dans ces cas a été nulle ou à peu près. Tous les malades étaient loin de se trouver dans les dispositions heureuses indiquées par M. Forget, et, s'il veut bien se souvenir des observations, il verra que ces malades étaient, au contraire, dans des conditions très fâcheuses, atteints de faiblesse, de maigreur, de dépérissement, de marasme et dans un état fébrile continu ; leur état était tel que les chirurgiens avaient annoncé une terminaison fatale prochaine ; d'ailleurs, les traitements internes ont toujours été employés contre ces affections, et cependant les guérisons qu'ils procurent sont de rares excep-

tions, et à cet égard je me rapporte à l'opinion de tous les auteurs. Toutefois, je ne condamne pas le traitement général, je le recommande, quoique seul il soit presque toujours inefficace. Les mêmes objections s'adressent également à M. Chassaignac. M. Lebert, pour mieux juger le mérite de ces injections, voudrait qu'on les employât seules et qu'on ne soumît pas les malades à un traitement interne; M. Lebert oublie sans doute que les abcès par congestion sont une maladie complexe générale et locale tout à la fois, que, si on ne traite que la moitié de la maladie, on court risque de ne pas guérir du tout, et que, si on ne cherche pas à détruire la cause générale, on n'arrivera jamais ou que rarement à guérir l'affection locale, c'est-à-dire la carie, puis les abcès par congestion qui en sont la suite; il serait donc peu avantageux pour le malade d'agir comme l'indique M. Lebert. Quant aux dangers redoutés par M. Chassaignac, j'avoue n'avoir rien vu qui puisse me les faire redouter. Les douleurs et la réaction qui suivent les injections varient suivant les sujets. D'ailleurs, je n'emploie, dit M. Boinet, la teinture d'iode pure que pour les dernières injections; les premières sont mitigées : moitié eau et moitié teinture d'iode, et je ne les répète jamais tous les jours, comme l'a fait M. Chassaignac dans un cas de carie du pied; ce n'est que tous les cinq, six, huit ou dix jours que je pratique les injections. Enfin, ajoute M. Boinet, on m'a dit : Ces injections ne sont pas nouvelles, M. Lugol les pratiquait dans les mêmes circonstances. Cette objection est une grave erreur, et nous affirmons que jamais M. Lugol n'a eu l'idée de guérir les abcès par congestion par les injections iodées; il suffit de lire la note insérée dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1846 par M. Lugol lui-même pour être convaincu de ce que j'avance; la lecture des mémoires et des observations de M. Lugol est plutôt de nature à éloigner des injections iodées dans les cas où je les préconise; il est vrai que M. Lugol faisait des injections dans certains foyers strumeux, mais ces injections étaient détersives, ou bien encore elles avaient pour

but de faire pénétrer dans l'économie une plus grande quantité de teinture d'iode. D'ailleurs, il employait la solution aqueuse, et je préfère la teinture alcoolique.

M. Larrey fait observer qu'il y a un fait qui domine toute la discussion, c'est que M. Boinet ne semble préoccupé que de l'abcès par congestion, qui n'est qu'une manifestation de la maladie, mais qui n'est pas toute la maladie; pour guérir la maladie elle-même, il faudrait que l'injection pût être portée sur les os malades à une grande hauteur souvent, et pour cela il faudrait des conduits, des trajets menant directement du foyer de l'abcès à la source de l'abcès migrateur; puis, il faudrait encore que l'injection conduite dans ce point vînt modifier toutes les anfractuosités de la cavité osseuse. Toutes ces difficultés font que M. Larrey se demande si M. Boinet n'aurait pas plutôt fait des injections dans des abcès froids.

M. Boinet répond qu'en effet la première condition de succès, dans ces sortes d'injections, c'est qu'elles pénètrent jusque dans les anfractuosités de l'abcès, et tout son but est d'obtenir ce résultat; quand l'impulsion de la seringue est insuffisante, il cherche par la position et de douces pressions à remplir le but qu'il se propose. Puis M. Boinet ajoute, en terminant: C'est au début des abcès par congestion que ces injections doivent être faites; plus tard, quand l'altération des os est considérable, il faut renoncer à ce moyen de traitement.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le vice-secrétaire, Demarquay.

Séance du 26 *septembre* 1850.

Présidence de M. Danyau.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

—A propos du procès-verbal, M. Boinet expose le résumé des observations d'abcès par congestion rapportées par

M. Guérin. Ces observations sont au nombre de 96. Deux malades seulement ont guéri après un traitement longtemps continué, des ponctions multiples. J'aurais pu rappeler ces faits dans mon travail si j'avais voulu prouver que par d'autres traitements que le mien on guérit les abcès par congestion; mais je voulais prouver seulement que ma manière de faire était plus rapide et plus avantageuse aux malades.

M. Forget fait observer qu'en citant les faits de M. Guérin il n'a pas voulu dire que le traitement institué par ce chirurgien fût supérieur à celui de M. Boinet. Sa pensée est que notre confrère, en signalant les tentatives faites avant lui, eût donné encore plus d'intérêt à son travail.

M. Robert. M. Boinet, dont j'approuve les tentatives, a-t-il atteint son but, et nous a-t-il donné un traitement curatif efficace des abcès par congestion? Pour moi, je ne le crois pas. En effet, en écoutant la lecture du travail de notre confrère, mon esprit se reporte au temps de Boyer, où les causes des abcès par congestion n'étaient point suffisamment spécifiées. Il eût fallu distinguer les abcès qui tiennent à une carie, à une nécrose ou à des tubercules; il fallait distinguer les abcès qui se lient à une affection superficielle des os qui ont un court trajet, de ceux, au contraire, qui ont un long trajet et qui sont profondément placés; sans toutes ces distinctions, on ne peut rien conclure; car la gravité de ces abcès tient à toutes ces circonstances. Puis, passant en revue les faits rapportés par M. Boinet, M. Robert n'en trouve qu'un qui prouve en faveur du traitement préconisé par son collègue. Quel traitement, quelque peu rationnel qu'il soit, ne fournirait également un fait en sa faveur? Si maintenant nous cherchons à nous rendre compte de l'action de la teinture d'iode dans le traitement des abcès par congestion, nous ne pouvons pas davantage admettre les idées de notre confrère. Cette teinture ne peut modifier tout au plus que la cavité de l'abcès; arrivât-elle snr le foyer de la maladie importante, sur l'affection osseuse, en quoi un peu de teinture d'iode peut-elle

guérir une surface osseuse affectée de carie et de nécrose tout à la fois? Cette méthode de traitement, toutefois, si elle est utile, ne peut être utile que dans les cas où l'affection osseuse elle-même serait guérie? Peut-elle prévenir l'infection putride? Pour décider cette question, il eût fallu appliquer cette méthode dans des cas où le pus avait un caractère de putridité. Cependant, on comprend encore que les injections iodées peuvent être utiles dans des cas d'abcès par congestion superficiel ayant un court trajet entre le foyer de l'abcès et l'affection osseuse.

M. Larrey est heureux d'avoir entendu M. Robert développer sa pensée sur le travail de M. Boinet; car son argumentation porte en partie sur les mêmes faits que ceux sur lesquels il avait fait porter sa critique dans la dernière séance.

M. Maisonneuve dit qu'il ne faut point s'en tenir aux idées théoriques pour juger une méthode thérapeutique nouvelle. Quant à lui, il s'attache aux faits. Sans doute j'aurais désiré que M. Boinet produisît un plus grand nombre de guérisons; mais, tels qu'ils sont, j'accepte les faits nouveaux de M. Boinet, comme l'espoir d'un avenir meilleur pour les malades affectés d'abcès par congestion. J'ai, d'ailleurs, appliqué il y a quinze jours, dans mon service, sur une jeune fille, le traitement vanté par notre confrère; aucun accident n'est survenu; loin de là, la malade est très bien actuellement. Je ne comprendrais donc pas la condamnation anticipée de cette méthode simple et inoffensive d'ailleurs. Je désire que la Société suspende son jugement, et que chacun de nous expérimente le traitement proposé par M. Boinet.

M. Michon regrette que M. Maisonneuve n'ait point assisté à la dernière séance; il eût été convaincu alors que les membres de la Société, loin de rejeter le travail de M. Boinet, avaient tous encouragé l'auteur à persévérer dans la même voie; seulement tous eussent voulu que, dans son mémoire, le passé eût une plus grande place. Pour son compte, M. Michon aurait voulu que M. Boinet intitulât son travail : *Etudes sur le*

traitement des abcès par congestion; et la preuve que la Société ne blâme ni ne rejette le travail de M. Boinet, c'est qu'elle a renvoyé son mémoire au comité de publication. Elle accepte ce travail non comme la solution d'un problème, mais à titre d'encouragement.

M. Forget. La preuve que je ne repousse pas le traitement proposé par M. Boinet, c'est qu'aujourd'hui même j'ai pratiqué, dans l'articulation scapulo-humérale, une injection iodée pour guérir une tumeur blanche de cette articulation avec carie et formation de pus.

M. Boinet regrette que les faits qu'il a rapportés n'aient pas été mieux connus par les personnes qui lui ont fait des objections. En effet, dit-il, les observations concluantes pour les uns, ne le sont pas pour les autres ; toutefois, ce qu'il demande en terminant, c'est que l'on veuille bien expérimenter, voir, avant de conclure.

M. Michon. Les faits que M. Boinet a apportés à l'appui de sa manière de voir me sont bien connus ; il n'y a nulle équivoque dans mon esprit, et c'est parce que je distingue nettement les abcès par congestion des abcès dus à une lésion d'un os voisin que je n'accepte qu'un des faits de M. Boinet. Si mon confrère avait établi cette distinction, il n'aurait point été aussi absolu ; il eût distingué parfaitement les abcès que tout le monde guérit sans injection iodée, de ces abcès par congestion liés à une affection de la colonne vertébrale, qui sont fort graves, mais qui guérissent quelquefois cependant, puisque j'en ai rapporté deux observations prises dans ma pratique. Encore, dans cette classe d'abcès, M. Boinet eût-il dû dire quelles circonstances sont favorables au traitement. En un mot, j'accepte le mémoire de M. Boinet comme un encouragement à tenter une nouvelle voie, mais non comme confirmatif d'une doctrine.

— M. Demarquay commence la lecture du travail de M. Colson, de Noyon, membre correspondant de la Société de Chirurgie,

ayant pour titre : *Mémoires sur les vices de conformation de l'anus et du rectum.*

M. Colson rapporte à trois classes les nombreuses variétés que présentent les vices de conformation de l'anus et du rectum:

1° La première classe comprend l'étroitesse de l'extrémité inférieure de l'anus et du rectum ;

2° La deuxième classe renferme les vices de conformation du rectum dans lesquels les matières ne peuvent être évacuées par défaut d'ouverture naturelle ;

3° A la troisième classe appartient la série de vices de conformation avec ouverture naturelle de l'intestin, mais anomale.

Dans la première partie de son mémoire, que nous allons résumer rapidement, M. Colson établit que l'étroitesse de l'anus peut tenir à la présence d'une membrane ne présentant qu'un petit orifice, comme cela résulte de deux observations empruntées aux *Ephémérides des Curieux de la nature.* Si des cas semblables se présentaient, une incision cruciale de cette membrane, l'usage de mèches en feraient justice. La circonstance que nous venons de mentionner plus haut est la plus rare. Il en est une autre plus commune, signalée par Scultet, Roonhuysen et Boyer ; je veux parler de l'étroitesse congéniale du rectum et de l'anus. Ce vice de conformation peut être porté assez loin pour qu'il empêche même l'enfant de rendre ses garde-robes demi-fluides, comme l'a vu Roonhuysen ; mais quand le vice de conformation n'est pas poussé très loin, l'enfant rend parfaitement ses fèces ; ce n'est que plus tard, quand l'enfant est devenu adulte, que les matières fécales, devenues plus dures, ne peuveut plus être rendues. Boyer a rapporté deux observations de ce genre. Pour guérir cette affection, M. Colson propose chez l'enfant la dilatation par des mèches, si elle cst possible ; autrement, il préfère l'incision qui a si bien réussi à Boyer dans les deux faits que nous avons signalés.

La deuxième classe de lésions de la partie inférieure du tube

digestif comprend, ainsi que nous l'avons dit, les vices de conformation dans lesquels les matières ne peuvent être évacuées par défaut d'orifice naturel.

A cette deuxième grande classe, M. Colson rattache les trois subdivisions suivantes: 1° occlusion de l'anus par une membrane; 2° occlusion du rectum dans son intérieur, l'anus étant intact; 3° absence de l'anus et d'une partie plus ou moins grande du rectum.

L'occlusion de l'anus par une membrane imperforée étant un fait très simple, ne nous arrêtera pas longtemps. M. Colson s'est beaucoup attaché à démontrer la gravité de l'occlusion du rectum par une membrane et l'embarras du chirurgien. Quand le rectum est continu à lui-même et qu'il est seulement interrompu par un diaphragme, le cas n'est pas très grave; mais il peut se faire que ce diaphragme soit formé par l'adossement du bout inférieur de l'intestin rectum, adossé au bout supérieur de l'autre partie du rectum oblitéré. Le chirurgien, dans ce cas, peut encore agir efficacement par l'opération, en incisant la membrane unique ou le double diaphragme formé par le double cul-de-sac des deux portions du rectum. M. Colson eut à opérer un enfant qui se trouvait dans ce cas; il pratiqua la division de ce diaphragme, et l'enfant guérit. Toutefois, cette opération, comme le dit M. Colson, avait été faite par Jean-Louis Petit avec un pharyngotome, et par Courtial. Il est une circonstance qui peut rendre l'opération plus heureuse, c'est quand ce contact des deux culs-de-sac est placé bas très près de l'anus; mais quand il est placé à plusieurs pouces de l'anus, quoique simple en elle-même, l'opération présente quelque difficulté.

La lecture d'une autre partie du travail est remise à la prochaine séance.

— M. Chassaignac communique à la Société de Chirurgie l'observation suivante, ayant pour titre: *Tumeur encéphaloïde siégeant à la face interne et supérieure de la cuisse*,

adossée au trou ovalaire; ligature de l'iliaque primitive (1).

Favre (Benoît), âgé de 49 ans, tonnelier à Bercy, entre le 16 septembre 1850 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-François, n° 35. Cet homme est d'une bonne santé habituelle. Son père est mort à 77 ans de l'opération de la pierre, et sa mère à 47 ans d'une maladie de l'estomac qui la fit souffrir neuf à dix ans. Il y a deux ans, il se fit une fracture de cuisse qui s'est bien consolidée. Il y a six mois que ce malade a commencé à s'apercevoir de l'existence d'une grosseur à la partie interne de la cuisse gauche, à la racine du membre. Au début, sentiment de douleur se propageant jusqu'au tiers inférieur de la cuisse; quelques douleurs dans les deux testicules; pas de souffrances dans le ventre. Bientôt la tumeur prend le volume d'une grosse noix, et le malade la sent avec la main. Quatre mois se passent sans qu'elle augmente de volume. Pendant ce temps le malade se livre à ses occupations habituelles sans aucune gêne, sans que la santé générale soit altérée; peu de douleurs locales, quelques élancements très peu sensibles; du reste, pas de douleurs du voisinage. Il y a deux mois, sans cause appréciable, la tumeur augmente de volume, l'augmentation suit une marche progressive; en même temps les douleurs sont plus marquées; elles sont un peu lancinantes; sentiment de tension et de compression s'étendant jusqu'au cou-de-pied. Suivant le trajet des nerfs, fonctions générales s'exécutant très bien; appétit conservé. Le malade se livre toujours à ses travaux. Il y a trois semaines, la tumeur augmente presque tout à coup; son volume devient énorme; elle s'étend par en bas; elle commence à gêner le malade, qui marche moins bien; du reste, elle est peu douloureuse. La cuisse a son aspect et son volume normal; le malade entre à l'hôpital, et on constate l'état suivant.

Le 17 septembre. Homme robuste paraissant d'une bonne

---

(1) Observation recueillie par M. Gery, interne du service.

constitution; squelette et système musculaire bien développé, muqueuses colorées. A la jonction de la cuisse gauche et du bassin, vers la partie supérieure et interne, nous trouvons une tumeur volumineuse s'étendant obliquement depuis le milieu de l'arcade crurale jusqu'à près de 12 centimètres en bas, et venant finir à la partie postéro-interne du membre pelvien, au niveau de la tubérosité de l'ischion. En contournant la cuisse, la tumeur a une étendue de 27 centimètres dans ce sens; elle semble suivre sur les os la branche descendante du pubis, la branche ascendante de l'ischion. Elle ne paraît pas se continuer dans le bassin par aucun prolongement; elle est recouverte par la peau, qui est saine, sans coloration anomale; elle est sous les muscles adducteurs, que l'on sent manifestement se contracter au-dessus quand on fait exercer au malade un effort d'adduction. La tumeur est donc solide; on n'y découvre aucune fluctuation; elle est très peu mobile et semble adhérer aux os, sans que cependant l'adhérence soit très forte; l'auscultation ne révèle aucun bruit.; la main, aucun soulèvement, aucune expansion; l'artère fémorale longe sa partie externe, en formant une légère courbe à la concavité interne. On sent parfaitement ses battements au-dessus de l'artère; à la partie supérieure et externe de la tumeur on sent rouler sous le doigt quelques ganglions indurés. Le membre inférieur dans toute sa longueur a conservé sa chaleur, sa sensibilité; il n'y a pas, et il n'y a jamais eu d'œdème; le toucher rectal n'indique rien; toutes les fonctions s'exécutent très bien; le malade urine bien, va bien à la selle; douleurs assez intenses tout le long de la cuisse, s'irradiant dans la jambe; la marche est sensiblement gênée, et la station verticale ne peut être longtemps prolongée. Avec un troquart très fin., M. Chassaignac pratique une ponction exploratrice. Il sort du sang rouge par un jet continu; une autre ponction pratiquée sur un autre point de la tumeur donne le même résultat. M. Chassaignac diagnostique une tumeur encéphaloïde venant s'implanter sur l'ischion et sur la branche

descendante du pubis, sans prolongement probable dans le bassin, mais entourant le trou ovale.

En présence de la marche croissante de la tumeur, de sa nature très probable, de sa grande tendance à envabir le bassin, et de la terminaison nécessairement funcste qu'elle doit entraîner, on propose au malade de le débarrasser par une opération; il y consent, et le 19 septembre on pratique l'ablation de la tumeur. Le malade est préalablement soumis à l'alcoolature d'aconit, 3 grammes par jour. Tous les poils du pubis sont rasés, ainsi que ceux de la partie externe de la cuisse.

Pour prévenir l'hémorrhagie, M. Cbassaignac se décide à lier l'iliaque primitive d'abord, attendu que toutes les branches artérielles qui pourraient donner du sang, étant nécessairement fournies par l'hypogastrique; si on liait la fémorale, il y aurait reflux dans les artères environnantes, et par conséquent hémorrhagie considérable pendant l'opération; en sorte qu'en liant la fémorale on eût doublé les chances de l'hémorrhagie, tandis que la ligature de l'iliaque primitive en met à l'abri. Il fallait ces circonstances pour que M. Chassaignac se décidât à faire une opération si grave. Cette ligature est faite au moyen d'une incision pratiquée sur la peau, à un pouce au-dessus de l'anneau inguinal; elle a une étendue de quatre pouces en bauteur, et vient se terminer à un travers de doigt des fausses côtes. La peau et le tissu cellulaire divisés, on incise l'aponévrose du grand oblique, les muscles grand et petit obliques, et on incise sur la sonde cannelée l'aponévrose du transverse de l'abdomen. M. Chassaignac décolle alors le péritoine avec la plus grande précaution, et la main, portée au fond de la plaie, sent très bien l'iliaque primitive et sa bifurcation. Alors M. Chassaignac se servant de son doigt comme conducteur, passe, avec le porte-aiguille d'Astley Cooper, un fil entre l'artère et la veine qu'il repousse en arrière; on lie, et les battements cessent aussitôt. Dans la fémorale et dans toutes les branches importantes, le malade chloroformé perd

seulement quelques gouttes de sang. Cette première opération accomplie, M. Chassaignac attaque aussitôt la tumeur; une première incision à concavité interne, rasant la tumeur, est rapidement portée jusqu'à sa base; la veine saphène interne est ménagée, et reste au côté externe de l'incision; la peau et le tissu cellulaire sont incisés d'un seul coup, on tombe sur les deux adducteurs superficiels qui recouvrent la tumeur, on les coupe en travers, et on arrive directement sur la tumeur. Le lambeau résultant de cette incision est renversé en dedans et soutenu par un aide; il n'y a point la moindre artère à lier. Alors M. Chassaignac portant la main au fond de la plaie, cerne avec les doigts la tumeur qui adhère fortement à l'ischion et au pubis, et par des efforts d'arrachement et de torsion, parvient à l'extirper en grande partie. La première masse enlevée, le reste des parties qui adhèrent aux os on les arrache, soit avec les doigts, soit avec les ciseaux; on enlève complétement tout le tissu malade qui adhérait au trou ovale. Les os sont cariés, et offrent des bords rugueux, tranchants, comme taillés à pic. Les parties malades sont enlevées, et on extirpe minutieusement, lambeau à lambeau, jusqu'au dernier vestige du tissu malade; la main, portée au fond de la plaie, ne sent plus alors que du tissu sain et des os mis à nu. On lie deux ou trois artères, anastomoses des artères du côté opposé. Pendant tout le temps de l'opération il y a à peine du sang.

La tumeur enlevée, il reste une énorme cavité s'étendant jusqu'au trou ovale; on sent sous les doigts les bords tranchants de la branche ascendante de l'ischion et descendante du pubis; les os, comme nous l'avons dit, étaient altérés. Le malade, tenu longtemps sous l'action du chloroforme, est pâle, face terreuse, paupières affaiblies; l'œil est presque éteint; le pouls est très petit, mais bat régulièrement; muqueuses décolorées. Le malade revient à lui, et il accuse de vives douleurs dans la jambe et dans la cuisse du côté malade. Les deux plaies sont pansées avec soin. L'une, la plaie de

l'iliaque primitive, est pansée par occlusion ; l'autre par un pansement simple, et le malade est reporté à son lit. Le pouls est petit, régulier, le visage assez bon. Bouche sèche; crampes douloureuses dans le membre opéré.

Le soir, à cinq heures, la chaleur du membre opéré est revenu ; cependant celle du côté sain est supérieure à ce dernier ; soif intense ; crampes douloureuses. — Compresses imbibées de chloroforme ; julep avec extrait thébaïque.

Dans la nuit le malade s'affaiblit, du délire survient, et le malade meurt à quatre heures du matin.

Examen de la tumeur. — Cette dernière a une forme ovoïde; elle est grosse comme la tête d'un fœtus à terme; sa surface extérieure est formée par une membrane fibreuse résistante, sur le pourtour de laquelle nous trouvons quelques portions de muscles qui y adhèrent au moyen d'un tissu cellulaire assez dense; une coupe, faite dans le sens antéro-postérieur, met à nu sa structure intime : c'est un tissu excessivement vasculaire, semblable à un réseau inextricable de vaisseaux sanguins ; au milieu on voit, comme jetés à pleines mains, une grande quantité de petits corps blanchâtres gros comme des grains de millet, ayant l'aspect et un peu la consistance du tissu osseux; il semblerait que c'est une décomposition de l'os, qui serait éparpillé en mille fragments très petits, d'apparences spongieuses, au milieu du tissu vasculaire qui forme le fond de la tumeur. L'examen de M. Lebert donne les résultats suivants :

L'intérieur de la tumeur est formé par un tissu d'un jaune brunâtre passablement vasculaire, d'une consistance molle, élastique dans bien des endroits ; elle offre une disposition aréolaire : un certain nombre d'aréoles sont remplies de caillots sanguins. Par la compression et le grattage avec le scalpel, on fait sortir de ce tissu un suc transparent et gluant. Dans bien des endroits le tissu de la tumeur offre une consistance et un aspect gélatiniformes. Toute la tumeur est parsemée d'une infinité de granulations d'un blanc jaunâtre,

d'une consistance assez ferme et du volume à peu près d'une tête d'épingle. La structure microscopique de la tumeur y montre essentiellement des éléments fibro-plastiques globulaires, des cellules de $0^{m},015$, des noyaux petits et ronds de $0^{m},005$ et renfermant un petit noyau. Dans les endroits plus fermes et résistants, on rencontre du tissu fibreux et des corps fusiformes allongés. Dans les granulations blanchâtres, on trouve des éléments fibro-plastiques infiltrés de granules graisseux.

Autopsie. Ouverture du sujet le 21 *septembre*, *trente heures après la mort.* — Rigidité cadavérique très prononcée ; pas de putréfaction; aspect violacé du membre sur lequel on a fait l'opération; ce membre paraît également un peu plus plein, sans gonflement notable. Les parois abdominales sont chargées d'une certaine quantité de graisse. On ouvre l'abdomen par une incision verticale et une horizontale au niveau de l'ombilic. La masse intestinale, médiocrement distendue par des gaz, est tout à fait intacte; elle est rejetée avec précaution sur le côté droit de l'abdomen. La fosse iliaque gauche, étant ainsi parfaitement mise à découvert, est explorée avec le plus grand soin par la vue et le toucher; elle ne présente absolument rien d'anomal ; le péritoine ne présente aucune lésion, aucune trace d'amincissement ou de déchirure; en palpant cette région, on ne sent pas au-dessous du péritoine d'indices d'une collection sanguine; pour compléter l'exploration du péritoine, les doigts ont été introduits par la plaie, et les membranes sont tendues de manière à permettre d'apprécier la moindre solution de continuité qui aurait pu s'y trouver; enfin, on insuffle par la plaie, et le péritoine distendu ne laisse rien échapper; aucune trace d'hémorrhagie.

Examen de l'artère. — La ligature de l'iliaque primitive fut faite dans le point précis où elle se divise en iliaque interne et externe. L'iliaque primitive, incisée suivant son axe jusqu'au niveau de la ligature, est remplie, dans une hauteur de deux centimètres à partir de la ligature, par un caillot fi-

brineux, d'une teinte rouge-brun très foncé; ce caillot est très adhérent à la paroi interne de l'artère dans toute sa hauteur et en remplit exactement le calibre, qui n'offre aucun rétrécissement; la consistance est plus marquée quand on approche de la ligature; son extrémité inférieure est horizontale, tronquée; la tunique interne de l'artère ne présente aucun changement de coloration; elle est lisse, polie, et on n'y voit aucune trace d'inflammation; les autres tuniques artérielles ont leur aspect normal; dans toute la hauteur de l'iliaque primitive, il n'y a point de collatérales, et la bifurcation de l'aorte est située à 6 centimètres de l'extrémité supérieure du caillot. L'hypogastrique, incisée suivant son axe, présente un caillot fibrineux, fusiforme, un peu mou, d'un rose-cendré parsemé de stries rougeâtres, ayant 2 centimètres et demi de longueur. Le caillot, libre dans toute sa hauteur, dans la cavité du vaisseau, est adhérent par son extrémité supérieure à la surface de section des membranes interne et moyenne, qui font dans la cavité du vaisseau une légère saillie en forme de cul-de-sac; le caillot remplit à peu près la moitié du calibre de l'artère; l'iliaque externe, incisée dans le même sens et avec les mêmes précautions, renferme dans sa cavité un caillot fibrineux, rouge-noirâtre, assez mou, remplissant les deux tiers du calibre de l'artère, ayant 6 centimètres de hauteur, à extrémité supérieure légèrement conique, répondant à la ligature et adhérent à la surface de section des membranes interne et moyenne, qui sont repliées dans l'intérieur du vaisseau, et formant ainsi un cul-de-sac immédiatement au-dessous de la ligature. L'extrémité inférieure tronquée du caillot cesse à 2 centimètres au-dessous de l'épigastrique; à 1 centimètre et demi au-dessous de la ligature, on voit une petite collatérale qui peut admettre un fil dans son calibre; les tuniques de l'iliaque interne et externe ne présentent aucune trace de coloration, aucune altération.

Etat des os. — Les os sont grandement altérés; les branches ascendantes de l'ischion et la branche descendante du

pubis sont en très grande partie détruites; il n'y a plus par conséquent de trou ovalaire; les deux bouts de cette immense solution de continuité sont formés par une cavité assez profonde, surtout du côté de l'ischion formé par du tissu spongieux comme en détritus. La cavité cotyloïde n'est pas malade, mais le ligament rond est dissocié, comme réduit en bouillie; la tête du fémur n'offre rien à considérer.

Les poumons présentent à leur sommet des tubercules à l'état crétacé; plusienrs noyaux de ces derniers ont le volume d'un haricot. Rien au cœur.

Le foie n'offre à considérer qu'une teinte anémique générale; la rate est un peu hypertrophiée, très ramollie.

Le rein gauche offre un volume presque quadruple de son état normal; sa surface extérieure est un peu mamelonnée; on l'incise suivant sa convexité; il en sort un flot de matières épaisses d'un blanc grisâtre, au milieu desquelles on remarque des parties plus épaisses d'apparences strumeuses; les deux substances sont complétement détruites et le rein réduit à une coque fibreuse. On ne peut trouver l'urètre. La vessie présente, à la face postérieure de sa surface interne, une plaque ulcérée, manifestement tuberculeuse, de la grandeur d'une pièce de 2 francs; les membranes muqueuse, fibreuse et musculeuse sont distinctes dans ce point.

DEMARQUAY, *vice-secrétaire.*

Séance du 3 *octobre* 1850.

Présidence de M. DANYAU.

M. LARREY demande la parole sur la communication qui a été faite dans la dernière séance par M. Chassaignac.

« C'est avec embarras, dit-il, et non sans émotion, que je vais adresser quelques réflexions critiques à un collègue pour lequel j'ai toujours ressenti une vive sympathie. Mais, je dois

le déclarer avant tout, c'est seulement au point de vue de la pratique de l'art que j'exprimerai ma pensée sur le fait qui a été exposé à la Société de Chirurgie par M. Chassaignac. Je ne chercherai pas à apprécier le mode opératoire qu'il a employé, dans ce cas grave, pour pratiquer d'abord la ligature de l'artère iliaque primitive, et ensuite l'extirpation de la tumeur étendue de la cuisse vers le bassin. Le talent chirurgical de notre confrère nous garantit son habileté dans cette double opération, comme sa confiance dans les ressources de l'art témoigne de sa sollicitude pour le malade qui s'était mis entre ses mains.

» Mais un fait capital, à mon sens, et qui me semble dominer tout le reste, c'est la question d'opportunité. Un cas insolite se présente ; la maladie, par sa nature présumée, par son origine profonde, par ses limites indéterminées, par ses rapports anatomiques, offre les plus grandes difficultés au diagnostic, une gravité extrême pour le pronostic ; et le chirurgien ne juge pas à propos de convoquer une consultation pour soumettre le malade à l'examen de ses confrères et s'éclairer de leurs avis. Il décide, à lui seul, qu'il y a nécessité de faire coup sur coup deux opérations, dont chacune, envisagée isolément, devait faire redouter les plus grands dangers.

» Ainsi, l'opérateur, après avoir soumis le malade aux inhalations du chloroforme, voulant prévenir une hémorrhagie possible, pratique la ligature préalable ou accessoire de l'iliaque primitive, avec toutes les chances incertaines de cette opération, si bien faite qu'elle puisse être d'ailleurs, comme dans les cas fort rares où elle a été régulièrement indiquée et exécutée pour des lésions artérielles ou pour des lésions directes, puisque sur une demi-douzaine de cas connus dans la science, deux seulement paraissent avoir été suivis de guérison. (Quant à la question de priorité en France, elle me semble devoir rester hors de cause.)

» La ligature étant faite, l'extirpation de la tumeur est pratiquée ensuite ; et, à part les difficultés vaincues, à part

les longueurs inévitables de cette seconde opération, il y avait à craindre soit une désorganisation trop profonde pour en atteindre les limites, soit une pénétration du tissu morbide dans le bassin, ou bien des adhérences intimes ou une altération des os; car on sait, par exemple, combien l'ostéosarcome a de tendance à se développer dans les os iliaques. Il y avait à craindre encore, dans le cas présent, les probabilités d'une récidive, d'après le diagnostic explorateur lui-même, qui avait établi l'existence d'une tumeur encéphaloïde. Il y avait à craindre enfin une mort prompte, non plus par hémorrhagie, par prolongement du mal, par suppuration, par résorption, par gangrène, par infection cancéreuse ou par toute autre cause ordinaire, mais par épuisement nerveux, comme le résultat semble ne l'avoir que trop tôt démontré, puisque l'opéré a succombé la nuit suivante.

» On peut donc croire avec raison que, si M. Chassaignac avait pris conseil de quelques-uns de ses confrères, il aurait été détourné, par tous peut-être, d'agir comme il l'a fait, tout en s'appuyant sur les motifs qu'il a fait valoir, et que je respecte sans les admettre. Je pense, en un mot, s'il me permet de le lui dire, qu'il a agi avec trop de précipitation et de témérité chirurgicales, dans un cas presque certainement incurable, et chez un jeune homme encore de bonne constitution d'ailleurs, et qui, exempt de toute diathèse morbide, aurait pu vivre plus longtemps.

» Je regrette enfin que notre honorable collègue ait cru devoir porter ce cas malheureux à la connaissance de l'Institut, et je n'en comprends pas l'utilité; non point que je prétende qu'il eût fallu soustraire un pareil fait à la publicité, mais parce qu'il me semble appartenir exclusivement à l'appréciation des hommes de l'art, qui doivent s'en instruire et en tirer un enseignement pour tous.

» C'est pourquoi, et sans arrière-pensée, je le proteste, j'ai provoqué ouvertement cette discussion au sein de la Société

de Chirurgie, à laquelle chacun de nous reconnaît le droit de juger ses œuvres. »

M. Chassaignac répond avec chaleur à l'argumentation de M. Larrey. L'opération qu'il a pratiquée est justifiable devant la science et l'humanité; aussi n'admet-il pas que sa conduite puisse être blâmée. Un sentiment d'humanité l'a seul guidé dans cette circonstance. Sans doute le résultat a été malheureux; mais n'arrive-t-il pas tous les jours qu'un homme succombe des suites d'une opération que néanmoins on pratique de nouveau le lendemain? Dans la circonstance où je me suis trouvé, devais-je rester inactif devant un malade jeune encore, ayant toutes les apparences d'une bonne santé, ne portant aucun engorgement ganglionaire compliquant une tumeur qui elle-même n'allait pas dans le bassin. Les ponctions qui ont été pratiquées dans la tumeur, tout en nous indiquant la nature de celle-ci, ne nous montrèrent que trop la marche rapide et funeste de cette affection.

Le malade, d'ailleurs plein de confiance en moi, prévoit les suites de sa maladie, et accepte l'opération, dont la gravité ne lui est pas dissimulée; j'avoue que j'ai cru remplir un acte d'humanité en tentant quelque chose pour ce malheureux. D'abord, continue M. Chassaignac, j'avais eu la pensée de découvrir la fémorale et de ne la lier que consécutivement si la chose me paraissait nécessaire; mais la crainte d'une hémorrhagie m'a fait préférer la ligature de l'iliaque primitive; d'ailleurs, cette ligature a donné deux succès sur six opérations; elle pouvait donc être tentée, et elle a donné dans ce cas tout ce que j'en attendais : elle a prévenu l'hémorrhagie; sans doute l'opération a été malheureuse; c'est pour cela que je devais me hâter de la faire connaître, et c'est en cela qu'est l'enseignement. Maintenant, ajoute M. Chassaignac, peut-on dire qu'il y avait une contre-indication dans le siége de la tumeur elle-même? Quant à lui, il ne le croit pas; il ne peut pas croire non plus que l'issue funeste de cette opération pût être indiquée à l'avance quand on voit des malades supporter

la ligature des deux carotides. Il est vrai, ajoute M. Chassaignac en terminant, j'aurais dû prendre l'avis de mes confrères; j'accepte ce reproche; ils m'eussent été utiles: mais dans le cas actuel j'ai dû me presser d'agir après avoir fait les ponctions exploratrices, et c'est là ce qni m'a empêché d'avoir recours aux lumières de la Société de Chirurgie. J'espère, ajoute M. Chassaignac, que M. Larrey ne s'est point laissé aller aux impressions du dehors et qu'il ne s'est pas laissé influencer par un journal que je ne veux pas nommer.

M. Larrey déclare qu'en prenant la parole il a cédé à son propre mouvement et n'a été influencé par personne. Il ne connaît point l'opinion de ses collègues; mais il ne doute pas qu'en exprimant son opinion sur l'opération de M. Chassaignac, il n'ait exprimé en même temps le sentiment de la plupart d'entre eux. Il sait gré à M. Chassaignac de reconnaître qu'il eût été avantageux de consulter quelques-uns de ses collègues. Cette consultation, suivant M. Larrey, eût établi nn diagnostic peut-être plus précis, et eût certainement détourné M. Chassaignac de faire une opération qui a été si promptement mortelle.

M. Robert. La Société ne peut rester muette devant le fait rapporté par M. Chassaignac; son silence serait une adhésion. J'écarte donc tout de suite la question de moralité qui a été soulevée. Certainement, M. Chassaignac n'a été mu que par un sentiment d'humanité; sa conduite est en outre pleine de courage; il faut lui savoir gré d'avoir exposé dans tous ses détails une opération qui d'ailleurs a été malheureuse. Mais, comme M. Larrey, j'aurais voulu une consultation; celle-ci l'eût certainement détourné d'une pareille opération, et eût dissipé dans l'esprit de M. Chassaignac les espérances qu'il avait conçues. Je vois avec peine comme M. Chassaignac un homme jeune, vigoureux, en proie à une maladie mortelle; mais je suis aussi frappé de la difficulté d'enlever de la cuisse une tumeur grosse comme une tête d'enfant et fixe dans le point qu'elle occupe; cette deruière circonstance au-

rait dû faire réfléchir M. Chassaignac, lui inspirer des craintes sur l'origine de la tumeur, qui pouvait naître des os du bassin. M. Marjolin a rapporté plusieurs observations d'ostéosarcomes naissant des os du bassin et dont l'un avait été pris par Lisfranc pour un abcès par congestion ; une ponction démontra que c'était un cancer. L'immobilité de la tumeur, le résultat de la ponction avec un trocart devaient détourner M. Chassaignac de toute opération ; il eut le bonheur de tomber sur une tumeur née au sein des parties molles ; mais quelle douleur pour lui s'il fût tombé sur un ostéosarcome et s'il n'avait pu terminer la seconde opération ! Après avoir diagnostiqué une tumeur cancéreuse par l'exploration directe, l'absence de battements et d'expansion de la tumeur, M. Chassaignac est arrêté par la crainte de l'hémorrhagie, et c'est alors qu'il se décide à lier l'iliaque primitive, opération grave, compromettant la vie du malade et qui avait déjà été pratiquée en France avec succès par notre honorable collègue M. Deguise. C'est après avoir fait une pareille opération que notre confrère va enlever une tumeur grosse comme la tête d'un enfant à la racine du membre dans le point où les anastomoses devaient ramener une partie de la circulation dans le membre où siégeait la tumeur ! L'ablation de cette tumeur exige que le chirurgien pénètre jusque dans la cavité abdominale ; la mort, à la suite d'une pareille opération, ne présente donc rien d'extraordinaire ; elle est naturelle. Je ne puis ne pas rendre hommage au courage et à la loyauté de notre collègue, mais je ne puis pas non plus ne pas reconnaître qu'il a dépassé les limites de l'art.

M. Chassaignac repousse toute possibilité de confusion de la tumeur avec un ostéosarcome ; l'examen le plus minutieux avait été fait à cet égard. Toutefois, il reconnaît qu'en pressant sur les os du pubis on déterminait de la douleur au sein même de la tumeur, ce qui s'explique par la disposition du cancer relativement à la branche ascendante de l'ischion et descendante du pubis. Ne savais-je pas par l'examen que j'en

ai fait que, si la tumeur pénétrait dans le bassin, elle y pénétrait fort peu. On a enlevé quelquefois des tumeurs cancéreuses tenant aux os, et, sans approuver ces opérations, je veux dire que ce n'est pas une contre-indication absolue. La vascularité de la tumeur, l'absence d'écoulement sanguin pendant l'opération ne prouvent-elles pas l'avantage de cette ligature? L'insuccès, que je déplore, n'est pas une preuve suffisante pour blâmer mon opération; que d'opérations blâmées, rejetées dans leur origine, sont maintenant admises, pratiquées chaque jour. Je n'accepte donc pas, ajoute M. Chassaignac, le reproche d'avoir dépassé les limites de l'art.

M. Gosselin accepte que le diagnostic a été fait d'une manière certaine relativement à la nature et au siége de la tumeur, et que cette dernière n'était point au-dessus des ressources de l'art; mais ce qu'il n'accepte pas, c'est la ligature préventive de l'iliaque primitive. Ces ligatures sont généralement considérées comme mauvaises, ajoute M. Gosselin, et je ne les comprends que lorsque les vaisseaux que l'on doit intéresser sont profondément placés et en dehors des atteintes du chirurgien. Or, ici ce n'est pas le cas; les vaisseaux coupés ou intéressés pendant l'opération étaient sous la main du chirurgien, il pouvait les lier ou les tordre. On comprend encore ces ligatures préventives quand on doit intéresser un grand nombre de vaisseaux, ce que l'on rencontre dans les tumeurs érectiles volumineuses; mais, dans ce cas, la conduite du chirurgien doit être toute différente. Dans les tumeurs de la nature de celle qu'a enlevée M. Chassaignac, malgré leur vascularité, le chirurgien n'a point à redouter l'hémorrhagie; les vaisseaux arrivent par quelques points, et il peut les lier. J'ai vu, ajoute M. Gosselin, enlever plusieurs tumeurs vasculaires analogues à celle que M. Chassaignac a enlevée, et les accidents hémorrhagiques ne survinrent pas. Tout récemment j'ai enlevé une tumeur assez vasculaire de la cuisse, et quatre ligatures suffirent pour arrêter toute hémorrhagie. A la rigueur, je comprends encore une ligature provisoire, quand

cette dernière n'est pas grave ; mais autrement, n'est-ce pas exposer le malade à toutes les chances d'une opération grave pour prévenir une hémorrhagie primitive, en l'exposant d'ailleurs à toutes les conséquences d'une hémorrhagie secondaire ?

M. Chassaignac répond que toutes les objections présentées par M. Gosselin, il se les était adressées à lui-même avant de tenter l'opération ; cependant il crut devoir préférer le plan de son opération tel qu'il l'a exécuté. En effet, dit-il, la tumeur, très vasculaire, pouvait recevoir des vaisseaux par toute sa circonférence, et surtout n'être pas enkystée ; ajoutez à cela qu'elle était profondément placée, que son extirpation pouvait être difficile ; ses limites dans le bassin étaient indéterminées ; des branches nombreuses de l'iliaque interne, branches difficiles à atteindre, pouvaient alimenter cette tumeur. Pour toutes ces raisons, j'ai préféré la ligature de l'iliaque primitive avant de pratiquer l'opération.

M. Maisonneuve. Je n'ai point la pensée de venir en aide à M. Chassaignac, il n'a d'ailleurs pas besoin d'appui ; mais cependant, je dois le déclarer, je ne partage pas la manière de voir de plusieurs de nos collègues relativement à l'opération faite par M. Chassaignac. Et d'une manière générale, je dirai que le chirurgien doit s'oublier lui-même quand l'intérêt du malade l'exige. Quand un malade est aux prises avec une maladie promptement mortelle, le chirurgien ne doit point refuser à ce malade les secours de l'art, quelques minimes qu'ils soient ; n'est-ce pas le cas dans lequel se trouvait notre confrère ? Son malade était jeune encore, vigoureux et la maladie mortelle ; il a agi, il a donné au malade les chances de salut qu'il pouvait lui donner, il a bien fait. Sans doute il était sur les limites de l'art et du possible, mais ces limites n'étaient point dépassées, et, ce qui le prouve, c'est l'opération elle-même ; n'a-t-elle point été complétement terminée, sans que d'ailleurs aucun organe important à la vie ait été intéressé ? Il est arrivé malheur ; mais n'arrive-t-il pas très

souvent que la désarticulation de la cuisse est suivie d'accidents mortels? Et cependant le chirurgien ne recule pas devant cette opération.

Quant à la ligature de l'iliaque primitive, je partage la manière de voir de M. Gosselin ; mais encore, pour se prononcer d'une manière définitive à cet égard, il eût fallu voir le malade. Pour moi donc, ajoute en terminant M. Maisonneuve, l'opération faite par M. Chassaignac était opportune, et je lui sais gré d'avoir eu le courage de la pratiquer.

M. Huguier aurait désiré que M. Chassaignac donnât dans son observation les causes présumées de la mort. Dans ce cas, elle pourrait être rapportée à plusieurs causes ; mais il importerait de savoir si l'action du chloroforme, qui a été longtemps continue, ne pourrait point être invoquée ici. On peut en dire autant de l'épuisement du système nerveux. La ligature portée sur l'iliaque primitive, en suspendant momentanément la circulation dans le membre correspondant, n'a-t-elle pas amené consécutivement des congestions pulmonaire, cardiaque ou cérébrale? M. Huguier aurait désiré, à cet égard, des détails plus complets dans l'observation que M. Chassaignac a communiquée à la Société.

M. Chassaignac déclare que l'opération a duré une demi-heure, pendant laquelle le malade a été soumis à l'action du chloroforme. Je ne serais point éloigné de croire que le chloroforme a été pour quelque chose dans la mort du malade. Toutefois, ce n'est pas pour m'abriter que j'invoque l'action du chloroforme ; j'accepte complétement la responsabilité du fait en lui-même. Mais l'opéré n'a éprouvé ni hémorrhagie, ni accidents nerveux. L'opération, sans doute, a été longue; le malade était épuisé ; un moment je crus ne pas pouvoir le rappeler complétement à la vie ; mais au bout d'une demi-heure toute crainte était dissipée, et cependant j'accepte très bien que l'épuisement nerveux, inséparable de toute grande opération, ait été pour quelque chose dans la mort du malade.

M. Forget dit qu'après les explications données par M.

Chassaignac, il y aurait de la mauvaise grâce à discuter plus longtemps sur la moralité du fait dont il s'agit ; il n'admet pas que dans une Société qui a pris pour devise *moralité dans l'art* aucun membre puisse jamais par des considérations personnelles, un intérêt de célébrité, par exemple, se décider à pratiquer une opération quelconque. Aussi, en prenant la parole, ai-je en vue, dit M. Forget, de repousser certaines propositions émises par M. Maisonneuve, et qui me semblent en opposition avec les principes d'une saine philosophie chirurgicale. Notre collègue, en présence d'un malade atteint d'une affection à laquelle il doit succomber dans un temps prochain, pour peu qu'il ait une lueur si faible qu'elle soit pour le sauver par une opération, veut que le chirurgien fasse abnégation de lui-même et qu'il pratique cette opération, n'y eût-il qu'une chance favorable sur dix mauvaises. Suivant M. Maisonneuve, il faudrait encore agir sans doute si la responsabilité du chirurgien était seule en cause. Comme notre collègue, je consentirais bien à en faire bon marché ; mais il y a un intérêt qui me préoccupe beaucoup plus, c'est la dignité, la considération, et surtout l'autorité de l'art que vos témérités vont compromettre; les principes de la chirurgie ne sont pas illimités, et il faut prendre garde de les fausser par une application excessive et immodérée, car on ne pourrait pas mettre en suspicion leur justesse et leur efficacité. Pour prouver que M. Chassaignac avait eu raison d'opérer, M. Maisonneuve a dit que l'opération était possible, puisqu'elle avait pu être achevée. A cette manière de confondre la question, je laisserai répondre M. Chassaignac, qui a avoué avec une franchise qui l'honore qu'avant d'opérer, malgré ses recherches, il ne savait pas la limite de la tumeur. Or, doit-on, en présence d'un pareil doute, entreprendre une œuvre de chirurgie d'une telle gravité? On a dit encore que la mort pouvait survenir très promptement à la suite de beaucoup d'opérations. M. Maisonneuve a cité l'exemple d'un individu auquel Sanson désarticula la cuisse, et qui mourut

quelques instants après. Ce fait, continue M. Forget, prouve précisément contre M. Maisonneuve et contre la conduite dont il s'est fait le défenseur. En effet, si la mort peut suivre presque immédiatement une opération réglée, d'une exécution prompte, facile, dans laquelle on sait d'avance tous les vaisseaux qui sont ouverts, on m'accordera que le danger est bien plus imminent si à cette opération on en ajoute une première qui est elle-même de la plus haute gravité, et il me semble que les chances deviennent plus mauvaises encore si la seconde opération est longue, laborieuse, et sujette à l'imprévu.

M. Maisonneuve. M. Forget ne s'occupe que de l'intérêt de l'art. Quant à moi, je me préoccupe davantage de l'intérêt du malade. Je saurais très mauvais gré à un chirurgien, si j'étais malade, de ce respect pour l'art; ce qu'il faut respecter, c'est le malade. Quand un homme est voué à une mort certaine, et dans un temps prochain, et qu'une opération peut quelque chose pour lui, il faut la tenter. Le chirurgien doit se mettre par la pensée en lieu et place du malade pour décider quelle conduite il doit tenir. Sans doute le chirurgien peut se tromper dans ses calculs, dans ses appréciations. Telle personne à qui vous prêtez une grande résistance vitale, un grand courage, n'a rien de tout cela, et succombe aux suites de votre opération. Somme toute, je le répète, une opération n'offrît-elle qu'une chance sur dix, elle doit être tentée en faveur du patient.

M. Forget. Je me préoccupe de l'intérêt de l'humanité; seulement j'entends cet intérêt d'une autre manière, en modérant l'action chirurgicale dans les limites tracées par l'expérience et la logique. Je tiens à conserver à l'humanité la foi en la puissance de notre art, tandis que par des entreprises hasardeuses, par vos neuf insuccès, sur dix opérés, vous allez lui apprendre à douter de l'efficacité des secours qu'elle doit en attendre. La conséquence d'une chirurgie ainsi appliquée est de détourner les malades alarmés par tant de revers de

venir chercher la guérison là où ils ne voient plus que du danger. Est-ce là comprendre sciemment les intérêts de l'humanité? Pour ma part, je ne le crois pas; car pour un seul à qui on a la chance d'être utile, on nuit sûrement au plus grand nombre.

M. Chassaignac, en terminant la discussion, revient d'une manière générale sur tous les motifs qui l'ont porté à agir; et quant à la limite de la tumeur sur laquelle on insiste dans le courant de la discussion, M. Chassaignac répond qu'il ne connaissait pas la limite précise de la tumeur, mais l'examen auquel il s'était livré lui avait appris au moins où elle n'était pas. Il savait que, si la tumeur pénétrait dans le bassin elle ne pénétrait pas profondément. Pour ce qui est du fait de M. Deguise, il ne le connaissait pas avant de pratiquer son opération; il a pu voir qu'en effet il était le premier en France qui ait lié l'artère iliaque primitive.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le vice-secrétaire Demarquay.

Séance du 10 *octobre* 1850.

Présidence de M. Danyau.

Luxation ancienne du bras. Réduction contestée.

M. Dionis, interne des hôpitaux, adresse une note, dont nous allons donner le résumé.

Il s'agit de cette luxation de l'humérus datant de trois mois dont M. Maisonneuve aurait obtenu la réduction après des essais infructueux tentés par M. Velpeau. On se rappelle peut-être qu'en effet le chirurgien de l'hôpital Cochin a communiqué ce fait en juillet dernier à la Société de Chirurgie comme un exemple de succès. Or M. Dionis, ayant eu récemment l'occasion de revoir ce malade dans son département, a constaté :

« Que l'épaule, au lieu d'être arrondie, est déformée ; que l'acromion fait une saillie très marquée ; qu'au-dessous de cette saillie osseuse il existe une dépression plus prononcée en arrière qu'en avant ; que le membre malade est plus allongé que l'autre de 2 centimètres et demi. Une mensuration des plus exactes et faite à plusieurs reprises, du sommet de l'acromion à l'épicondyle, a fait constater une longueur de 36 centimètres pour le côté malade, et de 33 centimètres et demi pour le côté sain.

» Le bras droit est moins volumineux que le bras du côté sain ; les muscles en sont un peu atrophiés.

» Le malade peut rapprocher le coude du corps ; mais il le porte avec peine en avant ; les mouvements en arrière se font sans difficulté ; ceux d'abduction et d'élévation au contraire sont presque impossibles. La plus grande distance à laquelle il puisse écarter le coude du tronc est de 0,19 centimètres seulement, et si on cherche à faciliter ce mouvement, c'est à peine si on peut l'augmenter de 0,05 centimètres. Dans cette circonstance surtout, l'humérus semble soudé avec l'omoplate, qui participe à tous ses déplacements et exécute un véritable mouvement de sonnette. A l'état de repos, l'angle inférieur de l'omoplate forme une saillie très prononcée en arrière, et paraît s'éloigner de l'axe de la colonne vertébrale.

» L'avant-bras, dans sa plus grande flexion sur le bras, ne peut dépasser l'angle droit.

» Le malade, de son bras droit, soulève assez facilement un fardeau jusqu'à la ceinture, mais au delà cela lui est impossible. Aussi aujourd'hui ne s'occupe-t-il de sa boulangerie que d'une façon tout à fait accessoire. »

Retrouvant ainsi tous les signes de la luxation, M. Dionis semble écarter l'idée d'une reproduction, parce que, suivant le malade, l'épaule serait toujours restée déformée comme aujourd'hui, et que le membre n'aurait été ultérieurement le siége d'aucune violence extérieure. Il penche dès lors forcément vers la seule alternative qui puisse expliquer l'existence

actuelle du déplacement. Il exprime la crainte que M. Maisonneuve ne s'en soit laissé imposer, et que la réduction n'ait pas été réelle.

M. Maisonneuve. Si M. Dionis avait eu plus d'expérience, il aurait peut-être été plus circonspect dans son interprétation. Il retrouve les signes de la luxation, et il en conclut qu'elle n'a pas été réduite; mais M. Rigal, qui était présent, a constaté cette réduction, ainsi que tous les élèves. Il oublie donc que le déplacement a pu se reproduire. Encore pour admettre cette reproduction, il faudrait être bien sûr que ce jeune observateur a bien recueilli tous les éléments du contrôle auquel il a soumis mon malade, et que rien n'a pu l'abuser sur les caractères de la lésion qu'il a cru constater. Il y a d'ailleurs de ces symptômes qui ne sont nullement incompatibles avec la réduction persistante. Est-ce que la roideur de la jointure et la difficulté des mouvements ne s'expliquent pas très bien par l'engorgement chronique des tissus ligamenteux et musculaires? N'a-t-on pas vu, après la réduction d'une luxation, même récente, survenir une atrophie du membre ou même une ankylose? Je citerai, sous ce rapport, un homme de Bicêtre qui s'était luxé les deux bras à la fois; la réduction fut faite des deux côtés, et une double ankylose n'en fut pas moins la suite de cet accident.

M. Lenoir. La communication de M. Dionis mérite un accueil plus bienveillant. On doit le remercier d'avoir complété l'observation de M. Maisonneuve, qui s'est trop hâté ici de prononcer le mot de guérison; c'est ainsi que dans la *Gazette des Hôpitaux* il vient encore de présenter comme guérie une luxation de trois mois, deux jours après la réduction. Il ne faut pas perdre de vue que, si ces déplacements anciens sont difficiles à réduire, ils peuvent être également difficiles à maintenir; il ne faut parler de guérison ici que lorsque la jointure, conservant sa bonne conformation, a repris ses fonctions.

M. Boinet. Il y a effectivement bien des inexactitudes dans

la relation du fait auquel M. Lenoir vient de faire allusion. En voici, par exemple, qui sont assez palpables. On parle de la sortie du malade de l'hôpital ; or, il n'y est point entré. On dit qu'en quelques minutes la luxation a été réduite, quand ce résultat n'a été obtenu qu'au bout d'une demi-heure environ. Mais de telles erreurs ne peuvent évidemment appartenir qu'au rédacteur du journal. Il s'agit de la luxation du coude que j'ai récemment présentée à la Société. Cette luxation datait de trois mois. On a eu successivemeet recours à divers procédés. D'abord, M. Maisonneuve employa le sien, qui consiste à appliquer un lacs extensif sur l'olécrane, en même temps qu'un autre est jeté autour du poignet : ce fut sans succès ; puis celui du genou fut mis en usage aussi inutilement. Enfin, on fit exécuter, toujours à l'aide du chloroforme, des mouvements exagérés à l'avant-bras ; les tissus fibreux qui retenaient les os dans leur situation anormale se relâchèrent, et se rompirent même ; car on entendit le bruit d'une déchirure : alors la réduction eut lieu, complète, sauf que la tête du radius n'est pas tout à fait à sa place ; mais le cubitus a parfaitement repris la sienne. Les mouvements de flexion et d'extension sont très étendus ; ceux de pronation et de supination restent seuls un peu bornés. Je suivrai ce malade et le représenterai à la Société.

M. Maisonneuve. On ne répond que de ses actes ou de ses paroles. Je n'ai jamais dit qu'une luxation ancienne fût guérie deux jours après la réduction ; je me suis borné à dire qu'elle était réduite. Je ne saurais être solidaire des inexactitudes qui échappent au rédacteur d'un article.

M. Dionis a bien fait de porter à votre connaissance l'existence actuelle de la luxation ; mais il n'aurait pas dû contester la réduction.

M. Giraldès. Je pense, avec M. Lenoir, que la note de M. Dionis méritait d'être mieux accueillie. Evidemment, sans cette rectification, la statistique eût rangé le fait de M. Maisonneuve parmi les succès, ce qui eût faussé les résultats.

M. Gosselin. A ce point de vue, cette lettre me paraît également offrir un intérêt incontestable.

M. Huguier. Dans le cas où, comme je suis porté à le croire, il y aurait eu réduction, la reproduction pourrait s'expliquer de deux manières : ou parce qu'il y aurait eu une fracture oblique de la cavité glénoïde, et on sait alors avec quelle facilité les surfaces s'abandonnent, ou bien la cavité glénoïde déformée ne présentait plus un rebord suffisant pour retenir la tête replacée.

M. Marjolin. J'admets, moi, qu'il y avait une luxation, et qu'elle a été réduite, puisque M. Maisonneuve nous l'affirme ; mais nous devons également croire M. Dionis quand il vient nous dire qu'à un examen ultérieur il a retrouvé tous les signes de la luxation, et l'on doit aussi lui savoir gré d'avoir ainsi complété le fait en le rectifiant.

M. Robert. Il y a des articulations si profondément cachées dans les parties molles, qu'il peut rester du doute sur la question de savoir si l'on a réellement obtenu la réduction de leurs déplacements : c'est ce que j'ai vu pour la hanche ; mais à l'épaule, la jointure est trop superficielle pour que M. Maisonneuve ait pu se tromper. Comme l'a dit M. Lenoir, la réduction n'est pas tout le traitement. Je ne pense pas qu'il s'agisse ici d'une fracture de la cavité glénoïde ; des stalactites osseuses se fussent opposées à la réduction et à la reproduction ; pour moi, il y avait une luxation qui s'est reproduite, et on doit savoir gré à M. Dionis d'avoir rétabli l'exactitude de ce fait.

M. Chassaignac. Il y a deux points dans la communication de M. Dionis : il y a le fait et l'appréciation. Pour le fait, on lui doit des remercîments ; pour l'appréciation, M. Dionis est un interne très distingué, je me plais à le reconnaître, mais je crois que sa note laisse percer une insinuation blâmable.

M. Maisonneuve. De deux choses l'une : ou M. Dionis a voulu dire qne la luxation s'est reproduite, et c'est un accident vulgaire, ou il nie que la réduction ait eu lieu, et ce se-

rait une assertion injurieuse pour un de vos collègues, et qui mériterait d'être sévèrement qualifiée.

M. Forget. En interprétant ainsi les intentions de l'auteur, M. Maisonneuve rendrait toute discussion impossible; et je ne vois rien dans la note qui puisse exciter sa susceptibilité. Si cette note recevait l'accueil qu'on propose, il ne serait plus permis de contrôler ni un fait, ni une doctrine; il n'y aurait plus de droit d'examen, plus de science possible. Personne ne contestera que, sans la lettre de M. Dionis, le cas de M. Maisonneuve eût occupé, dans la statistique, la colonne des guérisons; rien ne pouvait donc être plus opportun, et je dirai plus naturel que la lettre que l'on incrimine.

M. Gosselin. Il me semble que M. Maisonneuve se méprend sur le caractère de la lettre de M. Dionis. M. Dionis exprime la crainte que M. Maisonneuve ne se soit trompé, il ne dit pas autre chose. M. Maisouneuve a cru à une réduction qu'il n'a pas obtenue, telle est la signification de la note de M. Dionis. MM. Maisonneuve, Chassaignac et Robert regardent cette erreur comme impossible; c'est une opinion que je ne saurais partager. J'ai vu Blandin annoncer un jour la réduction d'une luxation (c'était à l'épaule), et s'empresser de reconnaître le lendemain qu'il s'était trompé. Les tractions qu'on a exercées sur le membre en augmentant l'étendue des mouvements, un gonflement en rétablissant jusqu'à un certain point la rondeur de la région, ne peuvent-ils pas, en effet, donner lieu à cette illusion? Moi-même j'ai commis momentauément cette méprise pour une articulation très superficielle, puisqu'il s'agissait d'une luxation du pouce. Cette erreur, dont je viens de démontrer la possibilité, M. Dionis s'est demandé si M. Maisonneuve n'y était pas tombé, voilà tout, et sa lettre ne mérite que des remercîments.

M. Lenoir. Je peuse qu'ici une erreur est possible; ce ne serait pas la première fois qu'il se serait commis à ma connaissance de pareilles méprises. M. Malgaigne était venu, avec ses moufles, dans mon service à l'hôpital Necker, réduire une

ancienne luxation de l'épaule ; il crut avoir réussi, mais il fut bientôt facile de constater qu'il n'en était rien. M. Maisonneuve s'est également fait illusion ; M. Dionis s'en est assuré, et il était de son devoir de faire connaître le résultat de son examen.

M. Larrey, appréciant, d'une part, le résultat primitif annoncé par M. Maisonneuve, et, d'autre part, le résultat consécutif signalé par M. Dionis, pense que la Société ne saurait se prononcer d'une manière absolue sur cette question délicate.

Il propose, en conséquence : 1° d'adresser à M. Dionis un simple accusé de réception de sa lettre, sans y joindre l'expression d'un remercîment ni d'un blâme ; 2° de la déposer aux archives à titre de renseignement complémentaire ; 3° d'en insérer un extrait détaillé au procès-verbal qui rendra compte de la discussion.

— Plusieurs membres proposent de voter des remercîments à M. Dionis ; mais la Société décide qu'il sera répondu à sa lettre par un simple accusé de réception.

— Il est également proposé de passer à l'ordre du jour sur cette note, et de se borner à en énoncer le titre dans le compte-rendu.

M. Robert. La discussion sera publiée, et la lettre ne le serait pas ! En étouffant ainsi cette lettre, nous paraîtrions vouloir couvrir un de nos collègues ; je demande formellement l'insertion.

M. Maisonneuve. J'ai déjà fait voir que, si la lettre de M. Dionis n'avait pas le sens injurieux que je lui vois encore, elle ne signifierait rien ; dans les deux hypothèses, elle doit être supprimée.

M. Morel-Lavallée. Vous ne pouvez pas supprimer la discussion, il faut partir de là ; or, en publiant la discussion, vous ne pouvez pas la séparer de sa base. Quelle est-elle, cette base ? La note de M. Dionis ; vous êtes donc obligés d'insérer cette note, je ne dis pas dans son entier, mais en résumé, au

point de vue du fait comme au point de vue de son interprétation.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix l'insertion d'un extrait de la note de M. Dionis. (Adopté.)

Correspondance.

M. LARREY fait hommage à la Société du compte-rendu des travaux de la commission de souscription pour le monument élevé à la mémoire de son père.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, MOREL-LAVALLÉE.

Séance du 16 *octobre* 1850.

Présidence de M. DANYAU.

Luxation ancienne de l'épaule. Réduction contestée.

M. Sédillot, à propos de la discussion dont la note de M. Dionis a été l'objet, adresse l'observation suivante :

« M. Gosselin a cité l'exemple de Blandin, qui avait cru à tort avoir obtenu la réduction d'une luxation de la tête de l'humérus, et avouait publiquement, le lendemain, son erreur.

» M. Lenoir a raconté une observation semblable. L'erreur avait été commise cette fois par M. Malgaigne.

» Ces faits montrent, contradictoirement à l'avis de M. Robert, qu'il n'est pas toujours si facile que ce chirurgien le suppose de constater la réduction. En voici un troisième exemple fort remarquable.

» En faisant pour la première fois la visite des blessés à l'hôpital civil de Strasbourg, le 20 avril 1850, je trouvai à la salle des femmes une malade dont le bras droit était entouré d'un appareil contentif assez lâchement appliqué. Je demandai quelle était la lésion, et il me fut répondu qu'il s'agissai d'une luxation du bras datant de six mois, qui avait été réduite quelques jours auparavant.

» Je défis le bandage, examinai le bras, et annonçai que la

luxation pouvait sans doute avoir été réduite, mais qu'en tout cas elle ne l'était plus, et que la tête humérale ne se trouvait pas dans la cavité glénoïde, mais bien dans la fosse sous-scapulaire.

» Je m'enquis de nouveaux détails, et j'appris que M. le docteur Michel, professeur agrégé de notre Faculté, qui assistait au même moment à ma visite, avait assisté à la réduction avec M. le docteur Lach, etc., etc.

» Ma position était difficile et commandait beaucoup de réserve. Je priai donc M. Michel de vouloir bien opérer de nouveau la réduction, pensant qu'il y parviendrait plus aisément que moi, par suite de son expérience des manœuvres dont il avait été précédemment témoin.

» M. Michel tenta de réduire le bras et n'y réussit pas, malgré des tentatives énergiques et habilement dirigées.

» Il me parut dès lors évident que la réduction n'avait jamais été obtenue. L'on sait, en effet, qu'une luxation réduite, puis accidentellement reproduite, se réduit avec plus de facilité que la première fois, puisque les obstacles principaux (particulièrement dans une luxation ancienne) n'existent plus.

» Je tentai à mon tour la réduction le 30 avril, et malgré l'emploi du chloroforme et la puissance des moufles, je parvins seulement à convertir la luxation sous-scapulaire en luxation axillaire, mais il me fut impossible de faire rentrer la tête de l'humérus dans la cavité glénoïde.

» La luxation persista.

» Je quittai le service dans les premiers jours de mai, et la malade revint aux mains de son premier chirurgien, qui la renvoya avec son bras luxé. Il y avait donc eu une erreur commise par un chirurgien habile et exercé, et il ne serait pas impossible, bien que je m'abstienne complétement de formuler un avis à cet égard, que M. Maisonneuve se fût trompé comme Blandin, M. Malgaigne et d'autres chirurgiens, ce qui ne diminuerait en rien sa réputation de savoir et d'habileté. »

Injections iodées dans les abcès par congestion.

M. Abeille, médecin au Val-de-Grâce, adresse à la Société :

1° Un mémoire sur les injections iodées, mémoire couronné par la Société de médecine de Toulouse;

2° Une lettre relative au travail de M. Boinet sur les injections iodées dans les abcès par congestion et à la discussion qui a suivi la lecture de ce travail. Cette lettre se résume en trois points.

D'abord, M. Abeille exprime le regret que M. Boinet ait reproduit d'une manière incomplète un fait qu'il lui avait emprunté.

Ensuite il réclame la priorité du traitement des abcès par congestion par les injections iodées, priorité qui lui semble établie par la publication de son mémoire en 1849.

Enfin, il insiste sur la difficulté de faire arriver l'injection jusqu'à la source de l'abcès.

M. Boinet. M. Abeille se plaint de la reproduction incomplète de son observation; à cela je n'ai qu'un mot à répondre, c'est qu'à la séance je n'ai rien reproduit du tout, puisque je n'ai pas donné lecture de ce fait à la Société; je l'ai d'ailleurs textuellement inséré dans mon mémoire. Je ne sais donc où M. Abeille est allé puiser ses renseignements, ou plutôt je soupçonne la cause de son erreur. Il a vu que, dans la discussion, la valeur de son observation avait été contestée, et il n'a pu se rendre compte de cette critique que par une mutilation.

Il y avait pourtant nne autre explication qui a échappé à M. Abeille, c'est que son observation était connue. C'est donc à l'attention qu'on donne à ses publications, et non à mon inexactitude, qu'il devait s'en prendre ici. Je suis d'autant plus touché de ce reproche, que, loin de mutiler ce fait, c'est moi, et moi seul, qui l'avais défendu.

Voyons maintenant si la réclamation de priorité est plus fondée. M. Abeille n'a pu découvrir de publication antérieure

à la sienne, quelque nombreuses qu'aient été ses investigations; ses citations me paraissent, en effet, assez complètes ; il n'en manque qu'une, celle de mes travaux sur la question ; je ne m'en plains point ; seulement, je me demande comment mes recherches ont pu échapper aux yeux de M. Abeille, consignées qu'elles étaient dans les mêmes journaux que ceux où il a puisé d'autres faits.

Comme, du reste, la priorité est une question de dates, rappelons-les. La première publication de M. Abeille sur les injections iodées est de 1849 ; or, les miennes remontent à 1846 et même à 1840. (*Gazette Médicale.*)

Je terminerai par une dernière remarque. M. Abeille n'a pas pu s'empêcher de voir dans le compte-rendu du concours où son mémoire a été couronné l'analyse d'un autre travail qui s'occupait du même sujet. M. Abeille me permettra-t-il de lui demander ponrquoi il n'a pas cité ce travail, qu'une mention honorable devait cependant signaler à son attention? Ce travail était de moi. Je ne m'arrêterai pas aux autres objections ; j'y avais déjà répondu dans la discussion.

Fractures du fémur. — Appareil à extension continue.

M. Chassaignac lit au nom d'une commission, dont MM. Larrey et Robert font également partie, un rapport sur un travail que M. Ferdinand Martin a présenté sur ce sujet le 26 juin dernier.

Ce mémoire a pour but de faire prévaloir un appareil mécanique, dont nous allons essayer de donner une idée. Il se compose essentiellement d'attelles qui prennent leur point d'appui en haut (contre-extension) sur une ceinture métallique retenue par le bassin et par des sous-cuisses ; en bas (extension), sur le haut de la jambe fléchie et retenue dans cette attitude par un lacs fixé sur le cou-de-pied. Les tractions sont pratiquées à l'aide d'une vis sans fin, ou à l'aide d'une simple bande enroulée sur le mollet et qui se noue sur l'extrémité inférieure de l'attelle dépassant le genou.

L'auteur destine surtout cet appareil aux fractures obliques du corps du fémur, et à celles du col de cet os.

La commission, tout en reconnaissant ce qu'il y a d'ingénieux dans la construction de cet appareil, regrette qu'il ne soit point accompagné de faits qui permettent de l'apprécier autrement qu'au point de vue théorique. M. Martin ne rapporte, en effet, qu'un seul cas, qui, bien que d'ailleurs intéressant, ne saurait être bien concluant. Il s'agit d'une fracture existant aux deux fémurs, et conséquemment ce fait est peu propre à juger la question du raccourcissement. La commission recommande l'expérimentation clinique de cet appareil.

Elle propose

1° D'adresser des remercîments à M. Martin ;

2° De déposer son mémoire aux Archives, en engageant l'auteur à le compléter par de nouvelles observations.

M. Guersant. J'ai appliqué l'appareil mécaniqne de M. Martin à un enfant pour une luxation spontanée du fémur, dont la réduction était très facile. Depuis deux mois il est placé, et la contention est très exacte, sans qu'il en résulte de fatigue pour le jeune sujet.

M. Boinet. Je possède deux faits analogues à celui de M. Guersant. Je me bornerai à citer le suivant; il s'agit d'une luxation congénitale chez un enfant. M. Martin est parvenu à ramener et à fixer la tête fémorale au niveau de la cavité cotyloïde. Il y a quatre mois que l'apparcil est appliqué, et lorsqu'on l'enlève la tête de l'os ne remonte pas dans la fosse iliaque.

M. Marjolin. Cet appareil me paraît offrir un inconvénient sérieux. En condamnant le malade à une immobilité prolongée dans le décubitus dorsal, il expose, surtout les vieillards, aux eschares sur la région sacrée, à l'engorgement pulmonaire, à l'affaiblissement de la santé générale. Je crains aussi que la ceinture métallique destinée à la contre-extension ne fasse souffrir les parties qui ont à en supporter la pression. A mes yeux, la simple planchette coudée que M. Nélaton a

imaginée pour s'opposer à la déviation en dehors serait encore préférable.

M. Chassaignac. Les appréhensions de M. Marjolin me semblent très fondées ; c'est même cette formation d'eschares qui m'a forcé d'abandonner un appareil dont le but était principalement d'identifier la cuisse avec le bassin à l'aide d'une cuirasse dextrinée.

Une fois la cuirasse complétement solidifiée, je coupai la cuirasse vers le milieu de la cuisse avec les pinces de Seutin, et le malade étant soumis au chloroforme, je fis faire une extension vigoureuse, et je plaçai dans l'hiatus, d'à peu près trois travers de doigt que laissa la coupure de la cuirasse pendant l'extension, des chevilles en bois en double V, que je fixai au moyen de papier dextriné. Mais au bout de quelques jours l'existence d'une eschare au sacrum m'obligea de renoncer à mon projet. Cette manière de faire indique un principe ou mode d'extension qui pourra peut-être devenir utile entre les mains des chirurgiens.

L'appareil de M. Nélaton me paraît excellent, surtout employé concurremment avec le bandage inamovible.

M. Lenoir. L'appareil de M. Martin place le membre dans les mêmes conditions que le double plan incliné, où les tractions sont également combinées avec la demi-flexion. Le principe de cet appareil avait d'ailleurs été déjà appliqué par M. Miquel (d'Amboise) et par quelques autres chirurgiens. Quant au danger des eschares chez les vieillards, il existe toujours, quel que soit l'appareil qu'on emploie. A cet âge, le simple séjour au lit offre de graves inconvénients ; et, pour mon compte, je fais lever mes malades dès que la douleur a disparu. C'est, d'ailleurs, une conduite généralement suivie.

J'ai été témoin de l'application de cet appareil dans un cas de luxation spontanée ; au bout d'un ou deux ans, la mort arriva à la suite d'abcès, peut-être entretenus en partie par l'appareil. Lorsque la carie a détruit le bord du cotyle ou la tête du fémur, dès que l'appareil est enlevé, la luxation se

reproduit. Je ne crois donc pas qu'il soit indiqué dans cette affection.

M. Robert. Je laisse de côté l'application de l'appareil de M. Martin aux luxations spontanées, dont la réductibilité a été contestée dans ces derniers temps. Je ne l'approuverais pas dans le traitement des fractures du col du fémur : ces fractures s'observent, en effet, le plus ordinairement chez des vieillards; l'on sait qu'à cet âge les appareils à extension continuelle, de même que le repos prolongé au lit, sont très mal supportés. Mais je pense qu'on pourrait très utilement l'employer dans le cas de fracture du *corps* du fémur accompagnée de raccourcissement du membre.

Enfin, je ne voudrais pas qu'on le fît servir à la réduction des luxations spontanées; car, l'ankylose étant le but et la conséquence de ce traitement, l'appareil de M. Martin aurait pour conséquence l'immobilité avec flexion de la cuisse sur le bassin, position évidemment défavorable à la station et à la marche. Dans les cas de ce genre, les appareils à extension permanente me paraissent préférables.

M. Lenoir. Mais l'action de l'appareil peut être modifiée de manière à placer le membre dans l'extension.

M. Chassaignac. On peut se fracturer le col du fémur à 50 ans, et à cet âge on pourrait obtenir la consolidation avec l'appareil de M. Martin, consolidation que j'ai même vue s'opérer trois fois avec l'appareil de M. Nélaton; il y avait raccourcissement il est vrai, mais c'est un inconvénient qu'on pourrait peut-être prévenir avec la machine.

M. Larrey. J'ai eu à m'occuper d'une manière particulière du traitement des fractures du col du fémur (*Thèse de l'agrégation*, 1835), et j'ai été frappé des inconvénients des appareils à extension continue. J'ai vu que, surtout chez les vieillards, ils déterminaient des ecchymoses, des excoriations, des eschares. Je craindrais, d'un autre côté, qu'une traction excessive exercée par ces appareils, dont l'action par sa puissance même est difficile à régler, n'amenât un écartement des

fragments, leur mobilité et par suite une pseudarthrose. Du reste, l'appareil de M. Martin me semblerait plutôt applicable aux fractures du corps du fémur qu'à celles du col.

Quant à obtenir l'ankylose par l'extension continue, je ne pense pas que ce résultat soit possible. En effet, si l'on peut admettre que la tête du fémur soit restituée dans la cavité cotyloïde par la double puissance de l'extension et de la contre-extension, on ne comprend pas que les mêmes efforts puissent assurer l'immobilité de l'articulation.

M. Boinet. On ne porte jamais l'extension à la limite que M. Larrey redoute.

Coup de feu dans l'aisselle. Baguette rompue dans la plaie.

M. Huguier. Au moment où un paysan chargeait un des côtés de son fusil double, l'autre coup, sur lequel il avait placé la baguette, partit et l'atteignit dans l'aisselle gauche. La baguette, qui était en bois, se rompit en plus de 20 fragments, qui se logèrent tous dans les chairs, et, chose remarquable, deux grains de plomb seulement ont pénétré dans la plaie. Comment expliquer le résultat? L'arme aura été détournée avant que la charge ne soit sortie du fusil.

Un des fragments de la baguette faisait saillie à travers la peau, qui était soulevée vers le moignon de l'épaule en avant de l'extrémité externe de la clavicule.

Au niveau du tendon du grand pectoral, le corps de l'humérus est carié, ainsi que sa grosse tubérosité.

M. Larrey. Comment les fragments de la baguette étaient-ils disposés dans la plaie ?

M. Huguier. Ils ont été enlevés par le chirurgien qui, le premier, a donné des soins au blessé; la plaie n'avait, du reste, qu'une seule ouverture.

Cancer de la langue. — Mort subite par œdème de la glotte.

M. Morel-Lavallée. Il y a trois ans, je présentai à la So-

ciété de Chirurgie un cas de cancer de la langue terminé brusquement et fatalement par un œdème de la glotte ; les pièces que je mets aujourd'hui sous vos yeux appartiennent à un homme qui a succombé au même accident, et, par un hasard qui se rencontre quelquefois, ce fait rare a été observé dans le même hôpital (la Charité), dans le même service et, je crois, dans le même lit. Le malade, qui ne se plaignait le soir ni de dyspnée, ni de rien d'extraordinaire, était mort le lendemain matin. Ce cas me semble offrir plusieurs points dignes d'attention : d'abord, indépendamment de l'ouverture supérieure du larynx, l'infiltration a envahi la glotte elle-même à un degré tel que la corde vocale supérieure empiète sur l'inférieure, ferme et cache l'ouverture du ventricule, et qu'à ce niveau le canal aérien est presque oblitéré ; c'est à peine s'il reste une fente étroite, qui devait l'être davantage encore sur le vivant. C'était donc un véritable œdème de la glotte. Le luette est, comme vous voyez, très infiltrée, et vous vous rappelez peut-être que c'est cette infiltration qui m'a fait reconnaître, chez mon premier malade, la nature de la lésion qui produisait la gêne de la respiration. Cet œdème, dont la manifestation est si subite, est un danger qu'il ne faut pas perdre de vue dans le cancer de la langue, surtout lorsque, comme dans ces deux cas, il y aura un engorgement des glandes sous-maxillaires. On comprend que la trachéotomie, qui, sur l'avis de M. Velpeau, ne put être pratiquée sur mon premier malade à cause de l'état désespéré où je le trouvai à la visite, peut se présenter tout à coup avec une urgence extrême, comme la seule ressource qui puisse sauver la vie et rendre possible l'ablation du cancer, qu'on aura peut-être fixée au lendemain.

L'infiltration de la luette sera un indice important, et qui exercera sans doute une grande influence sur la détermination du chirurgien.

Quant au cancer, il occupe toute la moitié droite de la langue dans toute la longueur et dans toute l'épaisseur de cet

organe ; ce sont des tumeurs encéphaloïdes isolées et à l'état de crudité.

C'est un cas que je publierai prochainement en entier avec les très beaux dessins que je dois à M. Closmadeuc, élève du service.

M. Forget. A part le cancer de la langue, quelle était, d'ailleurs, la santé du malade ?

M. Morel-Lavallée. Excellente. C'était un homme d'environ 45 ans, très bien constitué et d'un teint d'une remarquable fraîcheur.

Calcul du canal de Warthon. — Extraction.

M. Michon présente un calcul salivaire qu'il a extrait du canal de Warthon par une simple incision. Ce calcul, dont le malade s'était aperçu depuis cinq ou six mois, ne produisait, pour tout symptôme, que la sensation d'un corps dur sous la langue. Cette concrétion était dans le canal même dilaté ou rompu, ce qu'il serait difficile de décider ; mais l'orifice de ce conduit était parfaitement intact.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, Morel-Lavallée.

Séance du 23 *octobre* 1850.

Présidence de M. Danyau.

Cancer de la langue ; mort subite par œdème de la glotte.

M. Larrey. Les deux faits du cancer de la langue communiqués ou rappelés par M. Morel-Lavallée dans la dernière séance me paraissent mériter la plus sérieuse attention, surtout au point de vue de la trachéotomie. La rapidité avec laquelle l'œdème de la glotte entraîne la mort me semble, comme à M. Morel, nettement indiquer cette opération. Je pense également que les chirurgiens devront s'attacher à saisir les premiers symptômes de cet œdème, notamment l'infiltration de la luette, signalée par notre collègue, afin d'être à

même de prévenir les suites si promptement funestes de cette complication.

Luxations anciennes de l'épaule. — Réduction contestée.

M. Malgaigne, dans le but de rectifier le fait cité par M. Lenoir dans la discussion, adresse une lettre dans laquelle, après avoir rétabli les termes dans lesquels la réduction avait été contestée, il donne d'abord le résumé de l'observation tel qu'il lui a été remis par l'interne du service.

« Une femme atteinte d'une luxation de l'épaule gauche » entra dans le service de M. Lenoir le 19 mars 1843; elle » fut réduite le 26 mars, après quatre mois seize jours de du- » rée, moyennant une traction de 150 à 160 kilogrammes. Je » la revis huit jours après, et commençai à lui faire exécuter » des mouvements. Ces mouvements gagnaient tous les jours, » et la malade sortit de l'hôpital le 2 mai *dans un état très* » *satisfaisant.* »

» On voit déjà que le récit s'exprime sans aucun doute, bien que la malade soit restée, après sa réduction, trente-sept jours sous les yeux du narrateur. Mais l'observation ne s'arrête pas là; l'interne a voulu revoir la malade; et je copie ici textuellement.

» Cependant il était intéressant de revoir cette malade, et » de s'assurer si son état s'était amélioré depuis sa sortie des » salles. C'est dans ce but que le 24 du mois d'août nous nous » transportâmes chez la malade, M. le docteur Desquibus » et moi.

» Là, nous constatâmes ce qui suit :

» La malade commença par nous dire qu'elle se trouvait » beaucoup mieux qu'à sa sortie de l'hôpital; que les mouve- » ments de son bras lui permettaient de se livrer aujourd'hui » à tous ses travaux de ménage, comme elle le faisait avant son » accident; et en effet elle se mit à mouvoir son membre de » manière à confirmer ce qu'elle nous avançait. Les seuls » mouvements qui restent encore limités sont le mouvement

» d'élévation du bras, qui ne va pas plus loin que la ligne ho-
» rizontale, et le mouvement du bras en arrière, qui permet
» seulement à la malade d'atteindre la hancbe.

» Nous fîmes déshabiller la malade pour voir l'état local ;
» alors nous reconnûmes que le bras avait déjà dans sa tota-
» lité un volume plus considérable qu'à la sortie de l'hôpital,
» volume qui était encore cependant inférieur à celui du
» membre opposé. La flexion de l'avant-bras et des doigts
» était à l'état normal. Le bras gauche a exactement la même
» longueur que celui du côté opposé. *La tête est bien évidem-*
» *ment dans sa cavité*, et cependant elle fait en avant une
» saillie *un peu plus grande* que celle du côté opposé. *L'a-*
» *cromion et l'apophyse coracoïde sont eux-mêmes plus pro-*
» *noncés, ce qui s'explique suffisamment par l'atrophie des*
» *muscles de l'épaule*. Somme toute, la malade est on ne
» peut plus satisfaite de sa position, et elle nous a priés d'être
» auprès de M. Malgaigne l'interprète de ses sentiments af-
» fectueux. »

« L'interne n'avait pas ajouté son nom; une note de ma main indique que c'était M. Tavignot. La contre-visite était du 24 août, c'est en conséquence *cinq mois* après la réduction ; la réduction s'était donc maintenue.

» Un seul point a frappé M. Lenoir; c'est la saillie un peu plus grande de la tête humérale en avant que du côté sain ; et il en conclut que dès lors la réduction n'est pas aussi entière qu'on l'obtient, par exemple, dans les luxations récentes. C'est un fait aujourd'bui bien connu, et à la détermination duquel je n'ai pas été étranger, que dans les luxations anciennes de l'humérus principalement, quelquefois aussi du fémur et du coude, la région ne reprend pas à l'extérieur sa forme normale ; et la tête humérale, par exemple, tantôt semble plus éloignée de l'acromion, tantôt paraît faire une petite saillie en avant ; de même que dans les luxations sous-acromiales réduites après un long temps elle conserve souvent une petite saillie en arrière. Si la luxation n'était pas très

vieille, ces saillies disparaissent; quelquefois elles subsistent; ce qui n'empêche pas la réduction d'être accomplie, et le membre de recouvrer ses mouvements. »

M. Lenoir. Je reconnais que la réclamation de M. Malgaigne est juste à un certain point de vue et dans de certaines limites. Mais, de mon côté, je n'ai rien à rétracter de ce que j'ai avancé. Je crois que la dissidence qui existe entre nous tient à ce que le compte-rendu de la séance n'a pas exactement reproduit ma pensée, ou à ce que moi-même je ne suis pas entré dans tous les détails propres à la faire saisir. Je n'ai pas dit que la réduction que notre confrère avait cru obtenir pût immédiatement après l'opération être regardée comme une illusion de sa part. J'ai dit que cette réduction, qu'il croyait complète, ne m'avait jamais paru telle, et qu'un examen fait quelques années après m'avait confirmé dans cette idée. Voilà tout ce que j'ai dit, et j'ai étayé mon opinion sur ce fait d'anatomie pathologique, que dans les luxations anciennes du bras il s'établissait entre la synoviale de la capsule et celle de la cavité glénoïde des dépôts fibrineux, des adhérences, des brides, qui s'opposent à la réduction centre pour centre de la tête de l'humérus dans sa cavité articulaire, ou du moins qui rendent le replacement de cette tête dans le milieu de la cavité glénoïde aussi difficile à obtenir qu'il l'est d'amener celle-ci sur un point quelconque de cette cavité, et j'ajoutai que c'était surtout en cela que la réduction des luxations anciennes diffère de celle des luxations récentes, où la tête peut facilement glisser sur la surface lisse de la cavité glénoïde. Maintenant, que m'objecte M. Malgaigne sur cette appréciation?

Une observation d'un de mes internes qui, se plaçant en dehors du contrôle de son chef de service, aurait constaté une réduction parfaite après l'opération, et qui l'aurait de nouveau constatée plusieurs mois après. Mais je me bornerai à rappeler que cet élève relate, au milieu de beaucoup de détails exacts, les trois circonstances suivantes, encore appré-

ciables cinq mois après la réduction : 1° saillie *en avant* de la tête humérale plus prononcée que de l'autre côté ; 2° saillie plus prononcée de l'acromion ; 3° atrophie du deltoïde et impossibilité d'élever le bras au-dessus de la ligne horizontale et de le porter en arrière au delà de la hanche. Or ce sont les mêmes phénomènes, et de plus la possibilité de sentir avec le doigt le bord postérieur de la cavité glénoïde, que j'ai constatés de mon côté plusieurs années après l'opération, qui m'ont fait avancer ici que la réduction n'était pas complète, et jusqu'à preuve du contraire je maintiens cette appréciation. Ces phénomènes sont autrement interprétés par mon honorable confrère ; c'est un point de pathologie a débattre entre nous. Pour mon compte, je ferai des recherches nécessaires pour retrouver la malade, sujet de cette discussion, et je la présenterai à la Société, qui pourra juger de quel côté les faits ont été sainement interprétés.

Ostéosarcome de la partie supérieure du fémur avec fracture.

M. Gosselin, au nom d'une commission composée de MM. Marjolin, Morel-Lavallée et du rapporteur, présente le résumé et l'appréciation d'une observation d'ostéosarcome du fémur, lue à la Société par M. Musset, interne des hôpitaux.

Ce fait, dit M. Gosselin, est intéressant au point de vue de la double difficulté de reconnaître la maladie sur le vivant, et de caractériser à l'autopsie la nature de la production morbide.

Une femme est traitée pendant deux mois pour une coxalgie rhumatismale par M. Bouillaud. Cet habile médecin n'obtenant aucune amélioration, fait passer la malade en chirurgie, dans le service de M. Gerdy, alors suppléé par M. Morel-Lavallée. Il y avait un engorgement considérable de la hanche et des parties environnantes ; le membre était dans l'abduction, renversé en dehors, sans raccourcissement sensible. Les douleurs sont tellement vives à la moindre pres-

sion, au moindre mouvement imprimé à la cuisse, que le chirurgien, après un examen nécessairement insuffisant, traite l'affection comme une coxalgie, —dans cette idée que, s'il s'agissait d'une autre lésion, cette médication ne saurait être préjudiciable, tandis que l'arthrite chronique de la hanche n'aurait pu être impunément négligée. L'affaiblissement, déjà porté très loin, fait de nouveaux progrès, des eschares surviennent au sacrum et la vie s'éteint. On reconnut alors qu'un ostéosarcome avait détruit la continuité du fémur au niveau du grand trochanter.

M. Gosselin, après avoir rapporté un cas où il lui fut également impossible d'éviter une semblable méprise, ainsi qu'à plusieurs autres chirurgiens appelés avec lui, continue en ces termes :

L'observation de M. Musset est intéressante à un autre point de vue. La tumeur, nous dit-il, était fibro-plastique. Or, comme il est vraisemblable qu'elle s'était développée sous la même influence diathésique qu'un cancer du sein dont cette femme avait été précédemment opérée, ce fait tendrait à établir des liens de parenté très étroits entre la tumeur fibro-plastique et le cancer. Mais nous devons, à cet égard, nous tenir dans la plus grande réserve. D'abord, les descriptions microscopiques de M. Musset ne sont pas assez précises ni assez détaillées pour fixer une détermination. Il y a même dans sa description quelque chose qui rappelle la cellule cancéreuse, et il reste sur ce fait une obscurité qui lui enlève une grande partie de sa valeur.

Néanmoins, comme cette communication offre d'ailleurs un côté pratique, la commission propose :

1° D'adresser des remercîments à l'auteur;

2° De déposer son travail aux archives.

M. Lebert. Je pense, avec M. Gosselin, que le travail qui fait l'objet de son rapport ne présente pas la sévérité d'observation nécessaire dans de semblables études. Pour que ces recherches eussent la signification que leur attribue leur au-

teur, il faudrait des descriptions minutieuses, des mesures et des dessins des éléments microscopiques. Sans une grande expérience, l'erreur est facile, surtout lorsqu'il s'agit du cancer des os. S'il s'accompagne, et le cas n'est pas rare, d'un travail hypertrophique dans le périoste, on peut, en effet, trouver des éléments fibro-plastiques dans quelques points, et des cellules plastiques dans d'autres. J'ai vu plusieurs fois des tumeurs fibreuses ou fibro-plastiques entraîner la mort par infection générale. La multiplicité des tumeurs peut aussi appartenir à celles qui sont de nature fibreuse. J'ai observé dans le service de M. Lenoir un malade qui en avait depuis bien des années des centaines sous la peau, sans qu'elles eussent affecté la santé générale. Une de ces tumeurs, que sa position rendait gênante, fut enlevée, et sa texture déterminée. Dans un cas de tumeurs fibreuses et fibro-plastiques opérées par M. Velpeau, le mal se reproduisit dans l'abdomen et fit périr le malade. A l'autopsie, on constata une complète identité de structure entre les tumeurs du ventre et celles qui avaient été enlevées précédemment.

Il n'y a pas de tumeurs, quelle qu'en soit la bénignité, qui ne puissent se montrer quelquefois en plus ou moins grand nombre ; mais ce caractère, tout à fait exceptionnel pour les tumeurs de bonne nature, se rencontre fréquemment dans le cancer, dans les deux cinquièmes des cas, d'après nos observations.

En résumé, rien, dans le fait de M. Musset, ne prouve qu'une tumeur purement fibro-plastique ait succédé, sur un autre point du corps, à une tumeur cancéreuse.

M. Chassaignac. On pourrait croire que dans le cas de M. Musset l'existence antérieure d'une tumeur cancéreuse eût dû mettre sur la voie de l'affection subséquente ; eh bien ! c'est précisément ce qui vient de m'induire en erreur. Un homme vint dans mon service, à l'hôpital Saint-Antoine, pour un encéphaloïde du testicule; je fis l'opération par la ligature en masse ; le cordon était sain. Le malade sortit

guéri. Il revint bientôt avec une sciatique extrêmement intense, qui résista au chloroforme et à la cautérisation de la plante du pied, que je pratique au lieu de celle du lobule de l'oreille. Puis, à la douleur succéda la paralysie du membre, douleur qui envahit également le membre du côté opposé et remonta jusqu'au mamelon. Des eschares survinrent, et enfin la mort. Ces accidents se montrant chez un homme qui avait eu un cancer, je les attribuai à un cancer du rachis, des enveloppes de la moelle ou de la moelle elle-même, quand il s'agissait tout simplement d'une myélite purulente dont les foyers étaient placés entre la pie-mère et le névrilème : il n'y avait pas de pus dans la cavité arachnoïdienne. Vous voyez donc que je tombai dans l'erreur précisément par ce qui semblait devoir me la faire éviter.— J'ajouterai que chaque cathétérisme provoquait l'érection.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix les conclusions de la commission, qui sont adoptées.

Lipome de la joue. — Diagnostic difficile.

M. ROBERT. Tous les chirurgiens connaissent la difficulté qu'on éprouve, dans certains cas, à distinguer les lipomes des kystes; le fait que je vais rapporter en est un nouvel exemple, et me paraît, d'ailleurs, offrir de l'intérêt.

Une femme de 22 ans, d'une bonne constitution, eut, au mois d'avril dernier, une fluxion à la joue droite, causée par la carie d'une dent molaire. Cette inflammation, d'une médiocre intensité, céda promptement; mais il resta, à la joue, un gonflement indolent, qui fit en quelques mois de rapides progrès; la malade entra à l'hôpital Beaujon le 17 octobre.

A cette époque, la tumeur s'étendait de haut en bas, depuis l'orbite jusqu'à la commissure des lèvres; et d'avant en arrière, depuis l'aile du nez jusqu'à la région massétérine, qu'elle recouvrait en partie. Elle était indolente, molle, élastique, sans changement de couleur à la peau. La fluctuation y était douteuse; mais on sait qu'il est difficile de percevoir cette

sénsation dans les tumeurs qui, bien que contenant un liquide, siégent dans des parties mobiles. En plaçant une lumière près de la joue, pendant que la bouche était largement ouverte, on trouvait cette paroi de la cavité buccale transparente partout, seulement à un degré moins prononcé dans la partie correspondant à la tumeur. Lorsque la malade riait, il se formait, à la face interne de cette tumeur, un sillon oblique dû à la contraction du grand zigomatique. Manifestement indépendante de l'os maxillaire, elle s'était développée dans l'épaisseur de la joue. Quant à sa nature, on ne pouvait hésiter qu'entre le lipome et un kyste.

1° En faveur du lipome, il y avait l'existence de la boule graisseuse, signalée par Bichat dans ce point de la joue chez les jeunes sujets, et dont l'hypertrophie pouvait constituer la tumeur; il y avait encore la mollesse de certains lipomes qui donnent lieu à une véritable fluctuation. La transparence de la joue n'excluait pas elle-même l'idée d'un lipome. Ne sait-on pas en effet que, lorsqu'on regarde à contre-jour une partie quelconque du corps dont l'épaisseur n'est pas excessive, les doigts rapprochés, par exemple, on y constate une translucidité assez marquée !

2° D'un autre côté, A. Bérard a publié (*Archives de Médecine*, en 1837), deux cas de kystes séreux de la joue, dont les caractères offrent la plus parfaite analogie avec ceux de la tumeur que j'avais sous les yeux. *Mollesse*, *fluctuation douteuse*, jusqu'à la *forme lobulée*, que Bérard avait attribuée à la présence d'un kyste multiloculaire, tout s'y trouvait, et j'inclinai, je l'avoue, pour un kyste.

L'opération a été pratiquée ce matin (23 octobre). Pour éviter la difformité, j'ai dû attaquer la tumeur par la face interne de la joue. J'y ai pratiqué d'abord, à l'aide du bistouri, une ponction explorative, me proposant, si je rencontrais un kyste uniloculaire, d'y passer un séton en forme d'anse, dont les deux chefs seraient ramenés et noués dans l'intérieur de la bouche; dans le cas où j'aurais eu affaire à un kyste mul-

tiloculaire, j'aurais agrandi la petite incision, déchiré les cloisons du kyste, dont j'aurais provoqué la suppuration en introduisant de la charpie dans son intérieur. Pour un lipome, il suffisait d'élargir l'ouverture faite par le bistouri, afin de procéder à l'extirpation de la tumeur.

De ces trois hypothèses, celle qui me semblait la moins probable s'est cependant réalisée. Un lobule de graisse, en se présentant dans l'incision, révéla l'existence d'un lipome, que j'enlevai après avoir agrandi la plaie.

Comme vous voyez, ce lipome est du volume d'un œuf; il est lobulé et d'une remarquable mollesse.

M. Maisonneuve. A mes yeux, il eût été préférable de pratiquer la ponction explorative avec un trocart; dans le cas où j'aurais eu affaire à un kyste, j'aurais eu recours à une injection iodée, comme j'ai déjà eu occasion de le faire avec succès.

M. Robert. J'ai préféré le bistouri, parce que, dans le cas d'un kyste multiloculaire, je me proposais de l'attaquer par le séton, et, dans l'hypothèse d'une tumeur solide, je n'avais qu'à agrandir l'incision pour faire l'extirpation. Mais je penchais d'autant plus vers l'idée d'un kyste, malgré la fluctuation douteuse, que je savais qu'il est presque impossible de percevoir cette sensation dans les poches qui ne reposent pas sur un plan solide.

M. Morel-Lavallée. M. Robert vient de dire qu'il était presque impossible de sentir la fluctuation dans les poches qui ne sont pas supportées par un plan solide. Assurément, ces expressions n'ont pas exactement rendu sa pensée. Il sait mieux que moi, par exemple, que dans l'hydrocèle, qui est loin d'offrir cette condition, la fluctuation est en général extrêmement facile à percevoir. Ce qui rend surtout ce phénomène obscur dans les tumeurs liquides, c'est l'excessive tension de la poche ou son excessive laxité. Dans ce dernier cas, le liquide fuit sous le doigt qui le presse, sans transmettre cette pression aux autres doigts disposés pour la recevoir. En

refoulant, en rassemblant le liquide dans une partie du kyste, la fluctuation y devient très facilement appréciable; c'est un procédé qui réussit très bien dans certaines hydrocèles molles et dans les autres tumeurs liquides dont les parois présentent cette flaccidité.

Quant à la distinction des kystes mous de la joue d'avec les tumeurs solides également molles et d'une fluctuation équivoque qui peuvent se développer dans cette région, je rappellerai à la Société un procédé aussi simple qu'efficace, dont je l'ai déjà entretenue. Il consiste à saisir la tumeur entre deux doigts, dont l'un est placé dans la bouche et l'autre à l'extérieur de la joue. Si la tumeur est un kyste, comme ses parois sont d'une étendue en quelque sorte disproportionnée avec le liquide qu'elle renferme, elle se laisse déprimer, le fluide fuyant sous les deux doigts, qui ne s'arrêtent dans leur mouvement de jonction que quand ils ne sont plus sensiblement séparés que par l'épaisseur de la joue; je dis sensiblement, car à cette épaisseur il ne s'ajoute que celle des deux points actuellement contigus des parois opposées du kyste. Si la tumeur est solide, lipomateuse ou érectile, l'épaisseur de la joue s'accroît de toute la masse du tissu accidentel, qui ne se laisse déprimer que jusqu'à un certain degré. Le diagnostic se réduit alors à une simple question de mesure, prise, en quelque sorte, au compas d'épaisseur, figuré par l'indicateur et le pouce. C'est un procédé qui m'a plus d'une fois réussi et sur lequel j'appelle de nouveau votre attention.

M. Larrey. Les réflexions faites par M. Morel-Lavallée m'engagent à en soumettre une autre à M. Robert, qui n'a sans doute pas effectivement exprimé sa pensée tout entière lorsqu'il s'est contenté de dire : « Le diagnostic de la fluctuation ne peut être sûrement établi que lorsque la tumeur est superposée à un plan osseux. » Si cette allégation était prise au pied de la lettre d'après l'autorité de notre savant confrère, elle pourrait induire en erreur. Ne voyons-nous pas tous les jours des tumeurs purulentes dont la fluctuation est

facilement appréciable dans des régions composées de parties molles, comme les abcès du cou, de l'aisselle, de la fosse iliaque, de la marge de l'anus, etc. ? et par contre, quelquefois, des tumeurs dont la fluctuation est douteuse, malgré leurs rapports avec des parties dures, comme certaines tumeurs de la surface du crâne, des régions vertébrale ou iliaque et sur le trajet des os des membres ?

M. Robert. J'ai voulu parler de ces tumeurs plates situées sur des parties mobiles, comme à la mamelle, par exemple, où il est important, pour sentir la fluctuation, d'embrasser la poche avec tous les doigts, afin que le liquide ne puisse s'échapper entre eux sans les impressionner.

M. Huguier. Cette question de la fluctuation est tellement importante, qu'elle mériterait d'être mise à l'ordre du jour et examinée sous toutes ses faces.

M. Forget. Au sujet du procédé indiqué par M. Morel-Lavallée, je ferai observer que Lisfranc introduisait l'indicateur d'une main dans le vagin et l'indicateur de l'autre main dans le rectum pour sentir la fluctuation des tumeurs de la cloison. C'est un fait également connu que la dépressibilité d'une tumeur sous le doigt permet d'y constater plus aisément la présence d'un liquide. Du reste, je ne conteste pas à M. Morel le mérite d'avoir appliqué le premier un procédé analogue aux tumeurs de la joue.

M. Morel-Lavallée. D'abord M. Forget me conteste une priorité à laquelle je n'avais pas même fait allusion ; j'ai exposé simplement le procédé, sans même insinuer qu'il m'appartenait. C'est, d'ailleurs, une question facile de décider, s'il est certain que toucher une tumeur sur deux points opposés, qu'elle soit dans la cloison recto-vaginale ou ailleurs, pour y sentir la fluctuation, et la saisir entre deux doigts pour en apprécier l'épaisseur comme avec un compas, sont deux choses très différentes.

M. Michon. Le diagnostic de la fluctuation a été étudié sous toutes ses faces, et à cet égard, ce qui n'est pas dans les li-

vres se trouve dans la tradition. Dupuytren, qui s'y connaissait, explorait successivement la tumeur dans tous les sens, jusqu'à ce qu'il fût convaincu de l'existence ou de l'absence de la fluctuation.

M. Chassaignac. Je reviens sur une remarque que j'ai déjà présentée autrefois à l'occasion d'un malade de M. Guersant; c'est que les kystes de la joue que j'avais rencontrés étaient d'une dureté considérable.

J'ajouterai que je viens d'opérer deux lipomes dont le siége m'a paru exceptionnel; l'un était sur la bosse frontale, l'autre sous la muqueuse de la joue.

M. Robert. Les kystes des joues sont généralement mous, ainsi que dans les cas de Bérard et de Dupuytren, au point que Dupuytren avait pu prendre uu de ces kystes pour une tumeur fongueuse; les faits de M. Chassaignac ne seraient donc qu'exceptionnels.

M. Forget. M. Michon ayant très bien montré qu'il y avait dans la tradition des choses qu'on ne trouvait pas dans les livres, je n'ai rien à ajouter à ma première observation sur le procédé exposé par M. Morel-Lavallée.

M. Maisonneuve. M. Michon n'a parlé que de la fluctuation, et nullement de la mensuration de l'épaisseur de la tumeur, comme l'indique M. Morel, dont le procédé est neuf et très utile.

Kyste sanguin.

M. Morel-Lavallée présente un kyste sanguin qu'il a enlevé en ville sur la face dorsale de la main. Cette opération s'est faite absolument sans douleur, grâce à l'application préalable d'un mélange de glace pilée et de sel marin.

Polypes des fosses nasales. Perte de la mémoire.

M. Chapel adresse un travail par l'intermédiaire de M. Larrey, qui en donne un aperçu en ces termes :

J'ai reçu de M. Chapel (de Saint-Malo), pour en donner connaissance à la Société de Chirurgie, deux observations de

polypes des fosses nasales qui paraissent offrir quelque intérêt au point de vue du diagnostic. Des accidents cérébraux, et notamment la perte de la mémoire, avaient d'abord fait méconnaître, dans l'un et l'autre cas, la nature de la maladie, et ils ont cessé de se manifester après l'ablation des polypes.

L'amnésie dans des affections semblables est un phénomène assez étrange qui ne semble pas avoir été signalé par les auteurs, et dont on pourrait, sous toutes réserves, apprécier la signification.

M. Chapel, ajoute M. Larrey, est un jeune praticien laborieux qui se propose d'adresser quelques travaux à la Société de Chirurgie pour obtenir d'elle le titre de membre correspondant. (Commissaires : MM. Huguier, Marjolin et Nélaton.)

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, MOREL-LAVALLÉE.

Séance du 30 *octobre* 1850.

Présidence de M. DANYAU.

Anévrisme variqueux. — Symptômes.

M. *Monneret* lit un travail sur les symptômes de l'anévrisme variqueux. Il rapporte un fait actuellement soumis à son observation, et dont le sujet est un infirmier de ses salles, à l'hôpital de Bon-Secours.

Cet homme reçut en 1830, en Afrique, à la partie supérieure et externe de la jambe gauche, un coup de fusil chargé à plomb; 18 de ces projectiles sont restés sous la peau du jarret, où ils n'occasionnent aucune gêne. Depuis six ans, des varices assez volumineuses se sont développées sur cette jambe, ainsi qu'en bas de la cuisse correspondante. Au mois de janvier de cette année même (1850), il s'est fracturé cette jambe à la partie inférieure.

M. Monneret, ne trouvant au niveau de l'anévrisme variqueux, aucune cicatrice qui puisse être attribuée à l'action de

quelque grain de plomb , est porté à regarder la lésion vasculaire comme indépendante du coup de feu , vingt ans après lequel, suivant l'auteur, elle s'est manifestée. Cet anévrisme se caractérise de la manière suivante :

1° On voit, surtout quand le malade est resté debout pendant plusieurs heures, une pulsation qui soulève à peine la peau, et qui a son siége dans l'artère crurale, un peu avant son passage dans l'anneau du troisième adducteur. 2° On sent, en ce point, et sur presque tout le trajet de l'artère, un frémissement très intense , très rude et qui correspond au pouls du vaisseau. Il existe un autre frémissement plus faible et continu, qui donne tout à fait à la main la même sensation qu'un tube élastique traversé par un courant d'eau. La vibration continue coïncide avec la systole artérielle, comme la vibration intermittente , qui est la plus forte , se produit au moment de la diastole de l'artère. L'une et l'autre offrent leur maximum d'intensité sur la partie inférieure de la fémorale ; mais elles s'étendent, — en haut, jusqu'à l'aine, — en bas , jusqu'au tiers inférieur de la jambe. 3° Le battement artériel est simple dans toute l'étendue du vaisseau, et correspond au frémissement diastolique. 4° L'auscultation perçoit des symptômes qui sont la représentation fidèle de ceux que le toucher a constatés. C'est d'abord un bruit de courant sanguin à timbre aigu, sibilant ; c'est , dit M. Monneret , le bruit qui a été désigné sous le nom de susurrus, de bruit de rouet. Il est intermittent , isochrone au pouls et beaucoup plus fort que le second. Celui-ci est à timbre grave , plus sourd , tout à fait continu. C'est comme le prolongement du bruit intermittent auquel il succède immédiatement. En comprimant l'artère dans le pli de l'aine , on fait disparaître presque entièrement le bruit continu, et diminuer le bruit intermittent.

M. Monneret, s'appuyant sur des études cliniques et expérimentales, dont il a déjà publié les résultats, attribue le premier bruit aigu , sibilant , intermittent et isochrone à la systole artérielle au passage du sang de l'artère dans la veine

par la fistule artérioso-veineuse. Peut-être, suivant lui, les altérations qui existent sur la paroi artérielle, vis-à-vis du point affecté, ont-elles quelque part à la production de ce premier bruit. Le second bruit, plus sourd, à timbre plus grave, et qui semble n'être que le prolongement du premier, M. Monneret en place le siége dans la veine, et la cause dans la circulation du sang dans cette veine malade dont les parois sont épaissies et artérialisées. L'auteur explique le frémissement intermittent et le frémissement continu que l'on sent sur le trajet des vaisseaux par les mêmes causes, et leur assigne également un double siége, l'artère, ou plutôt le canal artérioso-veineux et la veine. (Commissaires : MM. Marjolin, Chassaignac et Nélaton.)

Injections iodées dans les abcès.

M. Monod. Malgré les intéressantes discussions qui ont eu lieu récemment à la Société sur les injections iodées dans les abcès par congestion, la question est si importante que vous me permettrez d'y revenir aujourd'hui.

On a objecté à M. Boinet la difficulté de faire arriver l'injection jusque sur la surface altérée de l'os ; mais, sans m'expliquer sur ce point, je ferai observer que, indépendamment de la carie, la poche purulente est elle-même un danger, et qu'elle peut devenir le siége d'accidents mortels. Il y a, en effet, des malades qui succombent de cette manière, quand l'affection osseuse était déjà en voie de réparation ; peut-être même quelques-uns des cas de M. Boinet rentrent-ils dans cette catégorie.

Il m'a paru que la fièvre hectique résultait souvent de la phlébite chronique des petites veines qui entourent le foyer. Je les ai plusieurs fois trouvées remplies de pus qu'elles n'avaient sans doute pas puisé dans l'abcès, mais qui s'était formé sur la place dans leur canal enflammé. Je n'ignore pas que de vastes collections purulentes puissent disparaître par résorption, et j'en ai même en ce moment, avec MM. Velpeau

et Nélaton, un remarquable exemple sous les yeux. Je le répète, le pus de ces veines est la conséquence de leur phlegmasie. En amenant l'oblitération de la poche purulente, les injections iodées préviennent cette phlébite. Comment agissent-elles ? Si le mécanisme intime de leur action nous échappe, on peut dire, d'après les phénomènes apparents, qu'elle consiste dans une modification de la sécrétion des parois du foyer qui, au lieu de pus, fournit de la lymphe plastique, qui agglutine ces parois entre elles ; c'est ce qui ressort des observations intéressantes de M. Boinet et des miennes.

L'injection que j'emploie est celle dont M. Guibourt a donné la formule :

Eau	100
Alcool.	50
Iodure de potassium.	5

Je la préfère parce qu'elle ne donne point de précipité.

Dans les abcès chauds on obtient les mêmes effets, et encore plus promptement. Il y a quelques jours, j'ai traité de cette manière un bubon qui n'était pas accompagné d'induration dans les parties voisines. Le pus évacué par une petite ponction, l'injection fut faite. Il n'y eut qu'une légère douleur qui disparut bientôt, ainsi que la rougeur. Le lendemain, il sortit un liquide brunâtre sans traces de pus. En trois jours, les parois du foyer se recollèrent. Un phlegmon de la cuisse a été traité par le même procédé et avec le même succès. Au bout de cinq jours, la guérison était complète. Un phlegmon considérable de la main et deux bubons sont actuellement en voie de traitement par cette méthode, dont j'espère d'heureux résultats.

En présence de ces faits, on est porté à se demander s'il ne conviendrait point de généraliser l'application de cette méthode, qui consiste à substituer une sécrétion plastique à une sécrétion purulente. C'est une question importante que je soumets à la Société.

M. Boinet. Pour connaître le mode d'action des injections iodées dans les abcès par congestion, on peut recourir à l'analogie. Si, à l'aide d'un pinceau, on étend de la teinture iodée sur une tumeur ganglionaire du cou, par exemple, l'iode s'imprègne dans la peau, semble se combiner avec son tissu; il se fait un suintement sous l'épiderme qui s'exfolie, et le tégument devient roide, comme parcheminé sur la tumeur, qui diminue sensiblement. En répétant de temps en temps la même opération, on obtient assez promptement la résolution de l'engorgement lymphatique. J'en ai vu qui avaient le volume d'un œuf se fondre ainsi en un mois ou six semaines. Sous l'influence de l'iode, la membrane pyogénique des abcès s'exfolie en dedans; la sécrétion de la poche est modifiée; à la place du pus, elle fournit d'abord de la sérosité, puis de la lymphe plastique. On arrive à ce résultat avec une, deux, trois ou quatre injections. L'action unissante de la lymphe plastique est favorisée par le gonflement des parties extérieures, qui rapprochent l'une de l'autre les parois du foyer.

Quant à l'emploi des injections iodées dans les abcès chauds, je suis heureux de voir qu'elles aient donné à M. Monod les mêmes succès qu'à M. Jules Roux et à moi. Je me plais à citer ici le travail que le chirurgien de Toulon a publié dans les *Archives*, et où sont consignés dix-sept cas de bubons traités par ce moyen avec un incontestable avantage.

M. Debout. Dans le compte-rendu du concours de la Société de médecine de Toulouse, on voit que M. Borelli répète également les injections iodées dans les foyers purulents avec un résultat satisfaisant.

Je dirai, en passant, que je viens de faire disparaître, en dix jours, une plaque érectile assez étendue, avec des applications extérieures de teinture iodée.

M. Chassaignac. Je suis d'autant moins surpris des résultats attribués aux injections iodées, qu'on se conforme, dans leur emploi, à un principe que j'ai posé, et qui donne seul, sans aucun moyen auxiliaire, des succès égale-

ment rapides; je veux parler de l'évacuation complète des abcès à l'aide des injections à grande eau. J'ai fait l'application de cette méthode dans plus de 40 cas, ordinairement avec succès; et quand je n'ai pas obtenu cette oblitération du foyer, qui est la règle, tout se bornait à ne pas réussir, c'est-à-dire qu'il n'y avait pas d'accidents.

Permettez-moi de vous citer un de ces cas, qui s'est tout récemment présenté à mon observation :

Un homme reçoit, à la partie antérieure et interne de la cuisse, la pression violente d'une roue de voiture; bientôt il se forme dans cette région un abcès phlegmoneux du volume du poing. Une ponction est faite, et le pus aspiré avec une ventouse. Une injection d'eau est pratiquée jusqu'à ce que ce liquide ressorte limpide sans aucune trace de pus; puis le membre est entouré, à ce niveau, avec une cuirasse de sparadrap. Dès le lendemain il n'y avait plus de douleur. Le bandage de diachylon est levé le troisième jour; un peu de pus s'était reproduit; on l'enleva par une nouvelle inspiration, puis la réunion du foyer fut immédiate.

Je ne conteste pas l'influence des injections iodées, mais je devais insister sur la part que pouvait avoir dans l'oblitération du foyer l'évacuation complète du pus.

M. Giraldès. Je dois rappeler ici que les Anglais emploient depuis longtemps la teinture iodée dans les engorgements lymphatiques, qu'ils peignent, comme ils le disent, les tumeurs ganglionaires avec ce liquide.

M. Maisonneuve. Il y a maintenant quatre méthodes opératoires dirigées contre les abcès chauds ou froids : 1° Celle qui consiste à ouvrir le foyer à l'aide de l'instrument tranchant ou des caustiques, suivant certaines règles connues; 2° celle de M. Guérin, qui aspire le pus par une ponction sous-cutanée; 3° celle de M. Chassaignac, qui, après l'évacuation de l'abcès par une petite ouverture, y fait passer un courant d'eau pour en balayer jusqu'aux dernières traces de pus; 4° enfin celle de M. Boinet, qui pratique dans la poche, par une large inci-

sion, des injections plus ou moins répétées de teinture d'iode. L'expérience peut seule se prononcer sur la valeur respective de ces méthodes; de nouveaux exemples de leur application ne tarderont pas sans doute à préparer la solution de la question.

M. LARREY. J'ai employé assez souvent la teinture d'iode en frictions dans les engorgements ganglionaires du cou, et j'ai constaté plus d'une fois les effets primitifs indiqués par M. Boinet, tels qu'une irritation de la peau suivi d'une sorte de flétrissure avec desquamation de l'épiderme, puis d'un suintement ou d'une exhalation de sérosité. Mais quant aux effets consécutifs de résolution et de dégorgement signalés aussi par notre collègue, ils m'ont paru moins appréciables dans la plupart des cas.

Je rappellerai d'ailleurs que l'adénite cervicale, si fréquente parmi les soldats, se développe très souvent chez eux sous l'influence de causes tout à fait indépendantes des scrofules.

M. CULLERIER. J'ignore quelle modification chimique ou microscopique l'injection iodée peut, en général, imprimer au pus; mais ce que je sais, c'est que l'iode ne fait pas perdre au pus spécifique sa propriété contagieuse. J'ai deux fois mélangé de ce pus avec de l'iode, et deux fois le résultat de l'inoculation a été positif. J'ajoute que la teinture que j'employai était très concentrée.

Dans un cas de chancre ganglionaire chez une jeune fille, j'ai eu recours à ce médicament, et je n'ai point eu à m'en louer, car cela n'a pas empêché la ponction de revêtir l'aspect chancreux.

M. GIRALDÈS. J'ai lu qu'un abcès inguinal traité par M. Boinet n'avait guéri qu'après des accidents graves. Je désirerais un éclaircissement sur ce fait.

M. BOINET. Je répondrai à M. Cullerier que je n'ai pas prétendu que ce fût sur le pus lui-même que portait la modification produite par l'iode, mais bien sur la sécrétion purulente, qui se trouve changée en sécrétion plastique.

Dans le cas auquel M. Giraldès a fait allusion, il s'agissait d'un abcès de la fosse iliaque; je craignis un instant d'avoir déterminé une péritonite; mais les accidents se calmèrent, et l'abcès, qui avait résisté jusque-là, guérit complétement.

M. MICHON. La discussion laisse dans l'esprit beaucoup d'indécision. On a confondu l'abcès aigu et les abcès chroniques. Il me semble qu'il doit y avoir là d'importantes distinctions à établir. Et puis, pour être en mesure de juger les nouveaux moyens qu'on propose, il y a un point capital à fixer, c'est la durée moyenne des abcès traités par la méthode ordinaire. Il reste dans la question beaucoup d'éléments à étudier, et je pense avec M. Maisonneuve qu'il n'y a que des faits très nombreux qui puissent permettre de se prononcer ici.

M. FORGET. Je suis entièrement de cet avis; et je rappellerai que dans une précédente discussion on a opposé aux résultats de nouvelles méthodes des exemples de guérison très rapide, des oblitérations d'abcès obtenues en quelques jours par les moyens ordinaires. J'en ai moi-même cité que j'avais empruntés aux auteurs. Aujourd'hui, en revenant sur des méthodes qui tendent à se substituer à celles qui sont en possession de la pratique, on passe à côté de ces faits, rares, il est vrai, mais incontestables, et l'on n'en tient aucun compte.

Quant aux injections iodées, que M. Lugol pratiquait déjà, comme je l'ai démontré, dans les abcès froids, je répéterai qu'on oublie de faire la part du traitement général employé concurremment.

M. CHASSAIGNAC. On nous fait un reproche qui n'est pas fondé; la durée moyenne des abcès traités par les procédés ordinaires a été considérée comme connue. Personne non plus n'a passé à côté des faits; seulement, ces guérisons rapides qui nous sont opposées sont une exception dans la pratique habituelle, tandis que dans ma méthode ils deviennent la règle.

MM. Michon et Forget reviennent sur la nécessité de bien préciser le point de départ, afin d'avoir une mesure de comparaison. C'est un soin préliminaire qu'on a eu le tort, suivant eux, de négliger, et qui était cependant d'une importance fondamentale.

Fistules vésico-vaginales.

M. Maisonneuve demande une commission pour vérifier deux succès d'élytroplastie qu'il a récemment obtenus à l'hôpital Cochin.

M. le président désigne MM. Cullerier et Michon, auxquels il s'adjoindra.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, Morel-Lavallée.

Séance du 6 *novembre* 1850.

Présidence de M. Danyau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Chassaignac communique le fait suivant :

Il y a un an environ, un homme vigoureux, quoique âgé, fut renversé par une voiture chargée de sept pièces de vin. Une des roues de la voiture, en passant sur le corps de ce malheureux, produisit les fractures suivantes :

1° Une double fracture de la cuisse droite ;

2° Une fracture comminutive du radius gauche avec plaie;

3° Une fracture en plusieurs éclats, avec larges plaies et ulcération des muscles, des vaisseaux et des nerfs à la partie inférieure du bras droit. Cette fracture se complique d'un emphysème considérable qui remonte jusque dans le creux de l'aisselle.

Cette dernière lésion nécessita l'amputation du membre droit. La méthode à deux lambeaux fut mise en usage, et la section de l'os fut faite tout près de l'articulation. Plusieurs hémorrhagies secondaires survinrent, et la ligature de l'axil-

laire au-dessous de la clavicule fut faite pour parer aux accidents nouveaux qui menaçaient la vie du malade. Cet homme, actuellement âgé de 71 ans, est bien guéri. Ce fait, assez intéressant par lui-même, n'est pas tout entier l'objet de la communication de M. Chassaignac, mais un fait secondaire, accessoire, dont M. Chassaignac a été l'observateur pendant le temps que son malade a mis à guérir. Ce chirurgien rappelle, en effet, que la Société de Chirurgie s'est occupée, il y a quelques années, de la question des ligatures. Les ligatures, en tombant, entraînent-elles habituellement une certaine portion du tissu artériel, ou bien viennent-elles seules, sans entraîner aucune portion du vaisseau qui a été compris dans l'anse du fil? La question ainsi posée ne peut être jugée d'une manière absolue. Souvent M. Chassaignac n'a trouvé aucun vestige du tissu artériel; d'autres fois, au contraire, l'anse de fil tombait entraînant un fragment de l'artère. Voici d'ailleurs ce qui s'est passé à la suite de la ligature de l'axillaire. Le fil tomba au 15e jour, emportant avec lui une portion du tissu artériel sphacélé, portion divisée en deux parties d'inégale grandeur par les fils. Les appendices forment comme deux capsules dont le fond répond à l'anneau formé par le fil, et dont les bords sont irrégulièrement frangés. C'est d'ailleurs ce que l'on voit encore sur la petite pièce conservée dans l'alcool.

M. Huguier. Pour se rendre compte du phénomène signalé par M. Chassaignac, il faut tenir compte du fil; s'il est simple ou multiple, les résultats seront différents. Or, dans le cas en question, un fil double fut employé; c'est là la cause de la mortification du petit tronçon artériel.

M. Lenoir ne comprend pas la position de la question. Ce que M. Chassaignac signale aujourd'hui doit exister toujours. Il ne comprendrait pas comment une ligature n'entraînerait pas à sa chute la mortification d'une certaine portion du tissu artériel qu'elle comprime.

M. Huguier fait observer à M. Lenoir qu'un fil simple

placé sur une artère coupe les membranes interne et moyenne, et que, quant à la membrane cellulaire comprise par le fil, elle peut disparaître molécule à molécule ; de là le vide de l'anse quand le fil tombe. Mais ce qui frappe dans la communication de M. Chassaignac; c'est que le fil, en tombant, a entraîné deux petits cônes artériels, l'un supérieur, l'autre inférieur à la ligature.

M. Chassaignac regrette de n'avoir pas été bien compris de M. Lenoir. La question que je pose, ajoute-t-il, est celle-ci : un fil placé sur la continuité d'une artère, et qui tombe au 15e jour, doit-il entraîner avec lui une certaine étendue du tissu artériel ? Or, je n'ai rien observé de semblable dans les ligatures que j'ai faites sur les artères humérale et fémorale, etc. N'y aurait-il pas des conditions d'âge ou autres, comme l'emphysème dont mon malade était affecté, qui donnassent lieu au sphacèle artériel que nous venons de signaler. D'ailleurs, les chirurgiens ne sont pas d'accord, les uns admettent le sphacèle artériel, et d'autres l'inflammation ulcérative. M. Chassaignac, revenant alors sur les circonstances où se trouvait son malade, indique pourquoi il préféra la méthode à lambeau, qui, dans cette occasion, lui permit de faire l'amputation en deux temps : 1° section du lambeau ; 2° exploration de l'os, section du second lambeau et de l'os. Cette manière de faire le mettait à même de ne couper l'os que dans une partie évidemment saine de son étendue.

M. Huguier s'est trouvé dans un cas analogue, et il préféra aussi faire l'amputation très haut plutôt que la désarticulation; il fit un lambeau externe, scia l'os et tailla le lambeau interne.

M. Lenoir ne nie pas que la ligature coupe les membranes interne et moyenne, et que ces membranes se rétractent; mais ce qui est tout aussi incontestable pour lui, c'est que la tunique externe, comprimée par le fil, doit tomber en gangrène et se détacher avec le fil. Ce que M. Chassaignac a vu n'est qu'un accident de la ligature, et si on ne trouve pas

toujours la tunique externe serrée par le fil, c'est qu'elle a disparu dans la suppuration.

M. Chassaignac ajoute que, dans la majorité des cas, il n'a rien trouvé dans l'anse du fil, qu'il a toujours examiné avec soin. C'est donc par des faits qu'il combat l'argumentation de M. Lenoir, qui est toute théorique.

M. Larrey. Je ne crois pas que l'extrémité d'une artère liée doive inévitablement et dans tous les cas se détacher par gangrène à la chute de la ligature. Du tissu cellulaire peut s'être interposé entre le vaisseau et le fil, et si celui-ci exerce une compression suffisante pour empêcher l'hémorrhagie, la compression ne sera pas toujours assez forte pour suspendre toute vitalité dans le bout de l'artère, et en déterminer l'élimination par gangrène. On sait d'ailleurs que souvent la ligature, en rompant les tuniques interne et moyenne, amène la section du vaisseau par ulcération de sa tunique externe ou celluleuse, dont le bout semble même susceptible de se résorber dans quelques cas.

Il serait difficile de démontrer qu'une partie du tissu cellulaire reste toujours au niveau de la ligature au moment où celle-ci tombe, si on ne tenait compte de la forme même de cette ligature. Qu'il en soit ainsi, par exemple, lorsque la ligature est plate, double ou assez forte, cela s'explique ; mais non si la ligature est ronde, simple ou très fine, auquel cas il devient presque impossible de retrouver dans le nœud du fil le débris du tissu artériel.

C'est ainsi, ajoute M. Larrey, que se concilierait la remarque faite par M. Chassaignac avec l'objection soutenue par M. Lenoir.

M. Forget se demande si les conditions d'âge ne pourraient pas rendre compte du fait signalé par M. Chassaignac.

— M. Forget lit un rapport sur la thèse de M. Blot intitulée : *De l'albuminurie des femmes enceintes, ses rapports avec l'éclampsie, son influence sur l'hémorrhagie utérine après l'accouchement.*

Dans ce rapport, M. Forget fait ressortir l'importance du travail de M. Blot au point de vue pratique et scientifique. Les termes par lesquels il indique ses recherches montrent clairement qu'il s'est attaché au sens grammatical du mot, distinguant bien l'état morbide dont il s'occupe de la néphrite albumineuse.

M. le rapporteur fait ressortir le soin avec lequel M. Blot a fait son travail. C'est ainsi que, pour éviter toute erreur, tout mélange, il allait puiser l'urine à l'aide de la sonde dans le réservoir urinaire, pour la soumettre successivement à l'action de la chaleur, de l'acide nitrique et du microscope; triple puissance dont chacun des agents se contrôle et se complète l'un par l'autre.

La seconde partie de la thèse de M. Blot est consacrée à l'étude des causes, de l'anatomie pathologique, des signes, de la marche, de la durée et de la terminaison de l'albuminurie chez les femmes enceintes; puis, à propos du pronostic, l'auteur étudie dans autant de chapitres l'influence de cette sécrétion anormale sur la marche de la grossesse, l'avortement, l'accouchement prématuré, le développement et la vie du fœtus, la durée du travail, la délivrance, les suites de couche et la sécrétion laiteuse. Il s'occupe à part de la valeur qu'on doit accorder à l'œdème, qui complique souvent l'albuminurie. Enfin dans une dernière partie, la plus importante pour M. Blot, qui la considère comme essentiellement neuve, il cherche à déterminer les rapports de l'albuminurie avec l'éclampsie, et l'influence qu'elle peut avoir sur l'hémorrhagie utérine après l'accouchement.

Les observations qui ont servi de base au travail de M. Blot sont au nombre de 205, dont 27 sont rapportées avec détails. Voici d'ailleurs comment M. Forget a formulé les résultats auxquels l'auteur du travail est arrivé.

1° L'albuminurie est fréquente chez les femmes enceintes. L'auteur la rencontre 41 fois sur 205.

2° Dans presque tous les cas elle reconnaît pour cause une

simple hypérémie rénale, ou simple trouble fonctionnel des reins.

3° La primiparité en est une cause prédisposante des plus manifestes. Sur 41 femmes dont les urines étaient albumineuses, 30 étaient primipares, 11 avaient déjà été mères.

4° Au signe pathognomonique de l'albuminurie s'ajoutent comme symptôme concomitant : 1° l'hydropisie, soit du tissu cellulaire, soit des membranes séreuses ; cette dernière manque le plus ordinairement, et lorsqu'elle existe, elle disparaît très promptement après l'accouchement ; 2° des douleurs lombaires assez rares. — M. Blot n'a jamais rencontré l'amaurose, indiquée par M. Landouzy comme un signe presque constant de la néphrite albumineuse ; mais ce fait ne peut être invoqué contre l'opinion de ce médecin. En effet, M. Blot ne s'est pas placé sur le même terrain que lui ; il étudie l'albuminurie indépendamment de toute lésion appréciable du rein. M. Landouzy, au contraire, l'observe comme conséquence de cette lésion. Ne peut-il pas résulter de là une différence symptomatologique facile à comprendre, et au moyen de laquelle on peut expliquer, entre ces deux observations, une opposition qui est plus apparente que réelle ?

5° Un caractère particulier de l'albuminurie des femmes en couches, c'est de disparaître presque immédiatement après l'accouchement, dans la majorité des cas.

6° L'albuminurie des femmes enceintes est peu grave ; elle n'a pas d'influence marquée

1° Sur la marche de la grossesse,

2° L'avortement,

3° L'accouchement prématuré,

4° Le développement de la vie du fœtus,

5° La durée du travail,

6° La délivrance,

7° Les suites de couches,

8° La sécrétion laiteuse.

M. Blot a constaté que dans tous les cas d'éclampsie il y

avait albuminurie ; toutefois la réciproque n'est point vraie, ne jouant pas nécessairement l'une par rapport à l'autre le rôle de cause à effet.

L'auteur pense qu'il serait plus rationnel de les considérer comme dépendant tous les deux d'une seule et même cause, une congestion sanguine portant à la fois sur l'axe cérébro-spinal et sur les reins. Aussi donne-t-il le conseil, lorsqu'une femme présente de l'albumine dans l'urine, de la surveiller, de l'observer de près, et si à ce signe viennent se joindre quelques symptômes de congestion cérébrale, on devra craindre l'éclampsie et mettre en usage les moyens propres à la prévenir.

Un des résultats constants de l'albuminurie existant depuis un certain temps et dans une notable proportion est de modifier la composition du sang, de l'altérer en diminuant ses principes plastiques, et de disposer de la sorte aux hémorrhagies après l'accouchement. D'après cette observation, M. Blot veut que l'on soit sobre d'émissions sanguines, et qu'on les réserve pour les seuls cas où l'albuminurie s'accompagne de congestion cérébrale, à moins qu'il n'y ait un état chloro-anémique; auquel cas il préférerait les ventouses Junot.

Ce travail, ajoute M. le rapporteur, nous a paru mériter l'approbation de la Société de Chirurgie, et nous vous proposons de le déposer dans vos archives, de lui consigner une mention honorable dans vos procès-verbaux, et d'adresser une lettre de remercîment à l'auteur.

M. Danyau se joint à M. le rapporteur pour reconnaître tout ce qu'il y a de bien et de bon dans le travail de M. Blot. Ce travail est, d'ailleurs, confirmatif des idées professées par M. Danyau, lequel avait déjà démontré que l'albuminurie n'entraîne pas nécessairement et fatalement l'éclampsie. Quant à cette idée que l'albuminurie disposerait aux hémorrhagies, M. Danyau craint que M. Blot ne se soit laissé aller à une idée théorique. D'ailleurs, ce n'est pas une critique qu'il veut faire de la thèse de ce jeune médecin, mais rassurer les per-

sonnes qui se laisseraient aller à la crainte d'une hémorrhagie par la présence d'une certaine quantité d'albumine dans les urines.

— M. Chassaignac présente un homme de 30 ans, lequel se fit extraire une dent à la mâchoire inférieure à l'époque des événements de juin ; depuis, il n'a cessé de souffrir, et une tumeur s'est développée sur la face externe du maxillaire inférieur du côté droit. Cette tumeur est toujours allée en augmentant, et elle a acquis le volume d'un œuf de poule ; elle est demi-fluctuante. Une ponction exploratrice a donné lieu à un écoulement sanguin peu abondant ; elle est immobile dans le sens vertical, tandis que dans le sens transversal elle présente un peu de mobilité. La partie interne du maxillaire correspondant à la partie externe est tout à fait saine. M. Chassaignac, qui croit cette tumeur de nature cancéreuse, se propose de l'enlever en faisant une incision en dedans de la bouche et une autre sur le bord libre du maxillaire ; cette double incision lui permettra de faire glisser la joue sur la tumeur, et d'enlever celle-ci avec facilité.

M. Larrey. N'ayant point examiné le malade présenté par M. Chassaignac, je le prie de vouloir bien nous faire connaître s'il a recherché sur cette tumeur un signe indiqué par Dupuytren et Lisfranc, et signalé d'après eux par M. Amédée Forget dans sa thèse sur les kystes osseux des mâchoires. Je veux dire la crépitation parcheminée ; car, si ce caractère était appréciable, le diagnostic deviendrait plus précis, et l'indication thérapeutique serait mieux établie.

M. Demarquay fait remarquer la difficulté que le chirurgien rencontre quelquefois pour déterminer si une tumeur dépendant du maxillaire inférieur est mobile. La mobilité dans le sens vertical se constate encore assez bien en rendant immobile la mâchoire inférieure ; mais la mobilité dans le sens transversal est plus difficile à bien constater, à cause du glissement qui se passe dans l'articulation temporo-maxillaire. Il

faut tenir compte de cette circonstance si on ne veut point commettre d'erreur.

M. Forget se demande si le malade de M. Chassaignac ne serait pas affecté d'une tumeur fibreuse ramollie ; il croit qu'elle adhère à l'os. Il est d'avis de la double incision de M. Chassaignac, afin de donner du jour. Il ajoute, en terminant, que Dupuytren et Lisfranc, qui avaient enlevé de ces tumeurs, avaient constaté qu'elles repullulent très vite. Lisfranc, dans les derniers temps de sa vie, enlevait même une plaque de l'os sur lequel reposait la tumeur.

Le vice-secrétaire, Demarquay.

Séance du 13 *novembre* 1850.

Présidence de M. Danyau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— A l'occasion du procès verbal, M. Chassaignac revient sur le malade qu'il a présenté dans la dernière séance. On se rappelle que ce malade portait sur la face externe du maxillaire inférieur du côté droit une tumeur grosse comme un œuf de poule. Notre collègue fit l'ablation de cette tumeur le lendemain de la présensation du malade; mais il ne suivit pas le procédé opératoire qu'il avait médité; il se borna à inciser la lèvre inférieure et à découvrir largement la tumeur. Celle-ci s'enleva facilement, quoiqu'elle pénétrât profondément dans l'épaisseur du maxillaire inférieur. La cavité dans laquelle elle était logée allait jusqu'au nerf dentaire, qui était à nu après l'ablation de la tumeur, ainsi que les racines de la seconde molaire. Le bord inférieur du maxillaire était réduit à l'épaisseur d'une lame de couteau ; une hémorrhagie suivit cette opération, et M. Chassaignac fut obligé d'éteindre trois cautères au centre de la cavité développée par la tumeur. Cette dernière était fibreuse à la périphérie, mais le centre était ramolli, jaunâtre. D'ailleurs, ajoute M. Chassaignac,

cette tumeur a été analysée par M. Lebert, et je lui abandonne le soin de vous la décrire.

M. Lebert. J'ai trouvé, comme M. Chassaignac l'indique, une substance extérieure d'un blanc-jaunâtre, ferme, résistante, offrant l'aspect assez franchement fibreux. Vers l'intérieur, le tissu de la tumeur est d'un jaune-luisant et d'une mollesse élastique, ne faisant pas suinter, à la pression, de suc trouble, lactescent et visqueux. Au microscope, on reconnaît tous les éléments des tumeurs fibro-plastiques, des éléments franchement fibreux dans quelques points, et dans d'autres des corps allongés, fusiformes, renfermant un noyau oblong et étroit; en outre, il a une certaine quantité d'éléments cellulaires fibro-plastiques; ce sont des cellules rondes ou ovoïdes qui renferment un noyau semblable à celui que contiennent les corps fusiformes. Je dois à la vérité de dire que quelques-unes de ces cellules avaient de la ressemblance avec celles du cancer. Il n'y a là que de la ressemblance; car dans l'immense majorité des éléments microscopiques, leur nature n'est pas douteuse.

Si l'examen microscopique complète ainsi l'observation clinique, c'est à celle-ci à son tour de devenir instructive pour l'examen microscopique; à savoir, si le malade restera solidement guéri, ou si, ayant plus tard une récidive, celle-ci sera locale ou plus éloignée.

En résumé, bien que cette tumeur renferme quelques éléments à aspect un peu douteux et de nature fibro-plastique, mal qui est purement local, il n'est pas probable qu'elle ait une récidive avec infection.

M. Marjolin est frappé des détails dans lesquels notre collègue est entré. Néanmoins, il adresse les questions suivantes à M. Lebert, et le prie d'entrer dans quelques développements à cet égard :

1° Les tumeurs fibro-plastiques se reproduisent-elles ?

2° Sont-elles susceptibles de dégénérer, de se transformer

en cancer, et si elles peuvent se reproduire et se transformer, ce terme n'est-il pas un peu vague ?

3° Vous dites que la tumeur enlevée par M. Chassaignac est composée par du tissu fibro-plastique et d'éléments suspects; quels sont ces éléments?

Voici ce que nous avons à répondre à ces diverses questions : la tumeur est de nature fibro-plastique; je puis me prononcer sur ce sujet d'une manière positive; seulement, voulant consciencieusement rendre compte à la Société du résultat de mon examen, j'ai cru ne pas devoir lui cacher qu'au milieu d'une infinité d'éléments caractéristiques du tissu fibro-plastique il y en avait quelques-uns moins bien caractérisés, et que, si je ne les avais vus tout à fait isolés sous le microscope, mon jugement aurait été en suspens; cela ne peut pas être lorsque je les compare à la grande prépondérance d'éléments de nature non douteuse de la tumeur fibro-plastique. Ce terme ne me paraît nullement vague et élastique, puisqu'on désigne sous ce nom des tumeurs qui se rapprochent de celles de nature fibreuse, mais qui renferment le tissu fibreux incomplétement développé et une grande quantité de ces éléments intermédiaires entre la formation cellulaire et les fibres.

Quant à la dégénérescence de ces tumeurs, elle doit être infiniment rare ; cependant, j'eu ai observé un exemple dans lequel elle pourrait rationnellement être admise. On a étrangement abusé du terme de dégéuérescence, et souvent on a désigné comme des tumeurs primitivement bénignes et plus tard devenues cancéreuses des productions qui, d'emblée, étaient des cancers. Il y a peu d'années encore qu'on parlait du squirrhe qui devenait cancéreux comme s'il ne l'était pas toujours, et dès le principe cependant, si je n'admets pas la dégénérescence comme un fait fréquent, je n'en ai pas moins observé quelques exemples; preuves nouvelles qu'il ne faut jamais être exclusif en pathologie : un homme porte une tumeur volumineuse dans la cuisse; elle est bien délimitée,

existant depuis plusieurs années ; cette tumeur est enlevée par M. Velpeau, et on trouve dans son intérieur un tissu ferme présentant les caractères du tissu fibro-plastique ; mais, dans plusieurs endroits, on voit des îlots d'un tissu plus mou renfermant un suc trouble et contenant beaucoup de cellules cancéreuses. Un homme de soixante-quatre ans porte depuis un grand nombre d'années une tumeur indolente dans la région parotidienne gauche ; elle s'accroît lentement et reste indolente ; sa santé générale ne s'altère point ; mais, depuis quatre mois, elle prend un accroissement considérable, la peau devient violacée à sa surface, le malade maigrit et est en proie à des souffrances si vives qu'il réclame l'opération, quoique on ne lui en cache pas les dangers. La tumeur est enlevée par M. Roux, et, en l'examinant, on y trouve deux substances nettement délimitées, dont l'une, interne, est fibreuse, dure, et renferme des concrétions crétacées multiples ; tandis que l'autre est molle, pulpeuse, infiltrée de suc cancéreux abondant présentant tous les caractères-types de l'encéphaloïde. Voilà deux cas dans lesquels il est permis de penser à la *dégénérescence ;* pourquoi, du reste, les tissus accidentels auraient-ils sous ce rapport une prérogative sur les tissus anormaux ?

M. Marjolin me demande si les tumeurs fibro-plastiques ont, comme le cancer, la gravité que comportent les récidives, l'infection, la marche du cancer en général. Disons avant tout que, sous ce rapport, il existe entre ces deux ordres de tumeurs une grande différence ; nous ne pouvons nous abstenir de faire remarquer ici que la bénignité ou la malignité des tumeurs ne saurait plus constituer un principe valable de classification. Bien loin de nous la pensée qu'il faille négliger cette question capitale de la pratique ; mais la bénignité et la malignité ne font nullement les caractères aussi nettemen tranchés qu'on l'a cru pendant longtemps ; du reste, les tissus accidentels doivent être avant tout classés d'après leur structure ; or celle-ci doit être déterminée d'après des caractères

anatomiques, et la question de malignité regarde essentiellement le pronostic, dont elle est un des points importants. Lorsqu'un ordre de tumeur se rapproche beaucoup dans la marche de celle du cancer, tout en en différant notablement sur d'autres points et en étant constituée par un tissu différent, le terme de cancroïde indique à la fois cette analogie et cette différence.

Les tumeurs fibro-plastiques, dans l'immense majorité des cas, sont des maladies locales dont on observe, dans des cas exceptionnels seulement, des récidives sur place lorsqu'on ne les a point tout à fait enlevées; il y a là plutôt une continuation de la maladie première qu'une récidive; l'infection de l'économie y est infiniment rare; cependant, j'en ai observé deux exemples; mais la même chose s'observe pour d'autres tumeurs évidemment non cancéreuses : on n'est pas pour cela en droit de les regarder comme malignes ou comme cancéreuses; car ce qui est la règle pour le cancer est, sous ce rapport, l'exception, et la rare exception, pour les tumeurs fibro-plastiques. En résumé, la tumeur dont il s'agit en ce moment est fibro-plastique; ces tumeurs forment un groupe naturel de produits accidentels; elles diffèrent du cancer par leur structure et par leur marche.

M. Forget. Dans la dernière séance, contrairement à l'opinion de M. Chassaignac, qui avait diagnostiqué un cancer chez le malade qu'il nous a présenté, j'avais pensé qu'il s'agissait d'une de ces tumeurs fibreuses que j'ai observées, et dont j'ai donné la description dans ma thèse inaugurale, après avoir entendu l'exposé de l'opération pratiquée par notre confrère et la description anatomique que M. Lebert nous a faite de la tumeur qu'il appelle fibro-plastique; son identité avec celle que Dupuytren a le premier signalée et que je viens de rappeler ne me semble plus douteuse, et mon diagnostic se trouve ainsi justifié. Ces produits fibreux émanent généralement de l'épaisseur du tissu diploïque des os maxillaires; ils y adhèrent intimement, et semblent y avoir jeté des racines

profondes. C'est pour avoir constaté cette sorte de fusion entre la tumeur et le tissu osseux que Dupuytren, en vue d'éviter les récidives, donnait le conseil de ne pas borner l'action chirurgicale à l'arrachement de la tumeur, mais de cautériser énergiquement le point d'amputation. Lisfranc alla plus loin que le chirurgien de l'Hôtel-Dieu dans plusieurs circonstances; il réséqua la portion d'os qui supportait de pareilles tumeurs. Je désirerais, afin de compléter l'étude anatomique de la tumeur qu'il a enlevée, que M. Chassaignac s'expliquât sur les rapports bien précis de celle-ci avec la mâchoire. Y adhérait-elle par quelques points, ou, libre dans toute son étendue, y était-elle simplement enkystée ? Notre confrère a signalé les rapports du nerf dentaire avec le produit morbide par suite de la destruction du tissu osseux. Je dois ajouter que déjà j'avais appelé l'attention sur ce point. Ma thèse renferme plusieurs observations qui montrent que le canal dentaire est tantôt complétement détruit, et tantôt conservé en partie; d'où il résulte que la tumeur peut comprimer le nerf et les vaisseaux qui l'accompagnent, et que d'autres fois ils se trouvent encore suffisamment protégés contre cette compression. Cette différence de rapports entre la tumeur fibreuse et l'appareil nervoso-vasculaire dont il est question explique pourquoi ces produits morbides, quelquefois complétement indolores, s'accompagnent dans d'autres cas, au contraire, des douleurs les plus vives.

M. Chassaignac répond à M. Forget en revenant sur les détails anatomiques qu'il a donnés précédemment, et il insiste surtout sur ce fait, que la tumeur n'adhérait point à l'os, et qu'elle était contenue dans une coque osseuse, d'où il fut facile de l'extraire.

— Après cette discussion, M. Debout présente de la part de l'un de nos confrères de province, M. le docteur Fontan (de Chazelles-sur-Lyon), divers instruments qui lui ont été suggérés par les besoins de la pratique. M. Debout met aujourd'hui sous les yeux de la Société ceux de ces instruments qui of-

frent entre eux une assez grande analogie de construction et d'action.

1° *Pour l'épistaxis.* — Lorsque les hémorrhagies nasales sont trop considérables, que la glace, les styptiques et les révulsifs ont été impuissants pour les maîtriser, les praticiens sont embarrassés quelquefois dans le choix des moyens mécaniques à adopter, sans discuter la valeur des moyens signalés par les auteurs. M. Debout met en relief la simplicité des instruments construits par M. Fontan, bien qu'ils aient été proposés depuis longtemps par d'autres; ce sont des sondes droites à courbure fixe, dont l'extrémité est coiffée d'un morceau de vessie ou d'un cœcum de mouton d'une dimension plus ou moins considérable, suivant l'étendue des fosses nasales que l'on veut soumettre à la compression.

2° *Extraction de corps étrangers de l'œsophage.* — L'instrument proposé par M. Fontan se compose d'une plaque métallique de forme ovale qui prend, à l'aide de deux longues tiges en baleine, la position horizontale ou verticale. Malgré la simplicité de la manœuvre, les praticiens s'en tiendront au crochet ingénieux de Graef; il n'en est pas de même du suivant.

Lorsque le corps étranger arrêté dans l'œsophage est pourvu de parties anguleuses, celles-ci, sous l'influence du spasme de ce conduit, pénètrent dans l'épaisseur des parois œsophagiennes. Aucun instrument n'a encore été construit en vue de dégager les aspérités avant de procéder à l'extraction du corps étranger; aussi des abcès se manifestent souvent à la suite de ces tentatives. M. Debout pense que l'instrument de M. Fontan marque un progrès en remplissant cette indication. Celui qu'il met sous les yeux de la Société se compose d'une sonde urétrale, garnie à chacune de ses extrémités d'une petite vessie. Lorsque l'instrument est introduit dans l'œsophage, on remplit la vessie supérieure d'eau qui, sous l'influence de la pression de la main, pénètre dans la vessie inférieure, la distend et dégage ainsi les saillies osseuses engagées dans l'é-

paisseur du conduit œsophagien ; le réservoir supérieur est plus considérable, afin que, si une crevasse venait à être créée par les aspérités du corps dont on tente l'extraction, la quantité d'eau qui lui arriverait d'une façon incessante vînt remplacer le liquide qui s'écoulerait par la déchirure faite à la vessie inférieure. Des essais avantageux ont été faits sur le cadavre ; mais, en l'absence de tout spasme traumatique, ils ne suffisent pas pour juger la valeur de cet instrument. M. Debout se borne à le signaler à l'attention de ses collègues, et leur annonce qu'il tiendra cet instrument à leur disposition, dans le cas où une circonstance se présenterait de l'expérimenter sur le vivant.

3° Les derniers instruments présentés sont une vessie de veau de la grosseur des deux poings, contenant dans son intérieur une canule en buis percée de deux ouvertures ; une sonde est adaptée à chacune d'elles, et permet d'établir dans le vagin un courant permanent d'eau froide ou tiède sans mouiller le lit de la malade. Si on insuffle dans cette vessie, elle peut servir alors à pratiquer le tamponnement dans le cas d'hémorrhagies utérines.

— M. Forget présente à la Société une tumeur du volume d'un petit œuf de poule qu'il a enlevée la veille sur une dame. Cette tumeur, arrondie, molle, élastique, assez mobile, siégeait dans le tissu cellulaire sous-cutané et faisait un relief très marqué sous la peau. Au centre de la tumeur, il existait une petite éminence en forme de mamelon qui devenait très apparente. Lorsqu'on embrassait la tumeur par sa base en la comprimant légèrement, on eût dit alors un liquide refoulé du centre de la tumeur à la surface par cette pression, qui venait soulever la peau en regard de la saillie mamelonnée dont il s'agit.

L'existence d'un kyste avait été diagnostiquée chez cette malade. S'étant arrêté à l'idée d'une tumeur graisseuse, M. Forget en pratiqua l'extirpation ; il a conservé une portion de peau à la surface de la tumeur, celle qui correspond à la

disposition mamelonnée qu'il a signalée, et il peut ainsi reproduire sous les yeux des membres de la Société les phénomènes de tension et d'affaissement auxquels l'exploration donnait lieu avant l'opération. Cette tumeur, évidemment graisseuse à la pression, contient-elle du liquide dans son intérieur? Ce problème, ajoute M. Forget, est difficile à résoudre, et c'est ce point de diagnostic qui m'a paru mériter votre attention.

L'examen fait par plusieurs membres de la Société est tout en faveur d'un kyste contenant un liquide avec un degré variable de consistance; mais l'incision de la tumeur, en montrant qu'il s'agit, en réalité, d'un lipome dont le tissu est mou et un peu diffluent, vient prouver une fois de plus combien, en matière de diagnostic, un chirurgien expérimenté doit être circonspect.

— *M. Latargue* (de Bordeaux) a écrit à M. Larrey pour le prier de rappeler à la Société de Chirurgie qu'il attend deux rapports : l'un sur un mémoire imprimé ayant pour titre : *Du diagnostic des tumeurs ;* l'autre sur une observation manuscrite relative à une *plaie du poumon.*

Le vice-secrétaire, DEMARQUAY.

Séance du 20 *novembre* 1850.

Présidence de M. DANYAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Après la lecture du procès-verbal, M. Chassaignac présente le malade sur lequel il a pratiqué l'ablation d'une tumeur fibro-plastique de l'os maxillaire inférieur. La cicatrisation de la plaie faite aux téguments est presque complète; il n'y a plus qu'un peu de suppuration à la partie la plus déclive de la plaie; la conformation de la partie opérée est parfaitement normale. Le malade n'a éprouvé aucun accident.

Lecture de la correspondance.

M. Le Roy-d'Etiolles adresse à la Société de Chirurgie une lettre et des bougies à tête. Dans cette lettre, il déclare, après avoir rappelé la communication de M. Chassaignac, avoir depuis longtemps employé les injections récurrentes à la fin des blennorrhagies; mais il les a abandonnées pour un autre mode de traitement, dont il a retiré de l'avantage dans les blennorrhagies chroniques, dans les pertes séminales involontaires, et au début du rétrécissement de l'urètre.

Voici en quoi consiste ce traitement, qu'il appelle frictions intra-urétrales.

Il se sert de bougies à un ou plusieurs renflements. Il enduit cette bougie d'une pommade astringente composée de la manière suivante :

Axonge.	20 parties,
Gomme kine.	10 parties,
Sulfate de zinc.	1 partie,

et la porte dans l'urètre. Lorsqu'il est arrivé à la limite de ce canal, il imprime à l'instrument des mouvements de va-et-vient, et lubrifie ainsi toutes les parois de l'urètre. L'adhérence de la pommade aux parois du canal est assez grande pour qu'à la quatrième miction on en trouve encore des traces.

— La Société reçoit le premier fascicule du tome XXX des *Mémoires de la Société médicale d'Emulation*. Dans ce fascicule se trouve les recherches historiques sur l'origine, les fondateurs et les travaux de cette Société, par M. le docteur Cherest.

— M. Auzias-Turenne commence la lecture d'un long travail ayant pour titre : *De la Syphilisation*, ou *Vaccination syphilitique*.

— M. Huguier met sous les yeux de la Société la peau de la paroi antérieure de la poitrine d'une jeune négresse sur

laquelle il avait pratiqué l'ablation d'un certain nombre de petites tumeurs assez volumineuses, qui, antérieurement, avaient attiré l'attention de la Société. Une cicatrice lisse, polie, a succédé à cette ablation. Cette jeune fille a succombé aux suites d'une tuberculisation générale.

Tumeur d'un diagnostic difficile.

M. Morel-Lavallée présente à la Société un homme de cinquante ans qui porte depuis fort longtemps en dehors du sein droit une tumeur assez volumineuse, sans changement de couleur à la peau. Lorsqu'on la presse entre les doigts, elle donne la sensation d'un froissement particulier qui s'opère sous la main du chirurgien, et tout à fait comparable à la sensation que donne la tumeur du poignet décrite par Dupuytren. Au premier abord on pouvait songer à la présence d'une tumeur hydatique. Cependant un examen plus attentif éloigne de cette idée, attendu que les petits corps que l'on déplace par la pression, et qui donnent lieu à une sensation spéciale, reviennent promptement à leur place primitive. Cette circonstance avait fait croire à M. Morel que la tumeur dont ce malade est porteur est une tumeur graisseuse, un lipome en grappe. Comme il importait d'être fixé sur la nature de la tumeur, notre collègue pratiqua une ponction avec une lancette; il sortit un peu de graisse, et l'examen direct apprit que cette tumeur, donnant lieu à une sensation de crépitation, était un lipome.

M. Larrey a vu avec M. Cloquet, il y a une dizaine d'années, chez un malade de la Clinique, une tumeur graisseuse du bras qui, à part son volume considérable et d'autres caractères intéressants, offrait une disposition à peu près analogue à celle que présente à un degré si remarquable la tumeur de M. Morel-Lavallée. C'étaient des bosselures multiples et dépressibles de tissu adipeux, séparées par des sillons plus ou moins profonds, mais non pédiculés ou en grappe, comme

dans le cas actuel, qui, sous ce rapport, diffère en effet des lipomes ordinaires.

M. MOREL-LAVALLÉE. D'après ce que vient de dire M. Larrey, le lipome qu'il a observé offrait seulement des dépressions à sa surface, ce qui est un caractère assez général des lipomes; mais de ces dépressions à la division en grappe de lobules suspendus à la masse commune par de longs pédicules il y a loin. Et ce sont précisément ces pédicules et la forme en grappe qui en résulte qui constituent la nouveauté du fait que je présente ; c'est anssi la sensation de frôlement auquel donnaient lieu ces lobules pédiculés par leur frottement réciproque. Sous ce double rapport, ce lipome me paraît, ainsi qu'à M. Velpeau et à ceux qui l'ont vu de près, tout à fait nouveau.

M. GOSSELIN demande qu'un examen soit fait de la portion du tissu qui a été extraite par M. Morel après la ponction par la lancette. Il voit, en effet de petits corps sphériques, et se demande si ce ne serait point des hydatides celluleuses.

M. LEBERT, qui a examiné ces petits corps globuleux, déclare qu'ils sont composés de tissu cellulaire hypertrophié et de tissu graisseux.

M. DENONVILLIERS, qui a examiné le malade avec soin, croit que les petits corps graisseux qui ont été extraits par M. Morel ne forment pas toute la tumeur; il a senti manifestement la fluctuation, et ne doute pas que cette tumeur renferme une certaine quantité de liquide.

M. MOREL-LAVALLÉE. Le point que j'ai ponctionné offrait, au plus haut degré, la fluctuation équivoque qui a frappé M. Denonvilliers, et il n'est sorti aucune trace de liquide, ce qui établit, selon moi, que la tumeur est purement et simplement ce que j'appelle un *lipome en grappe*.

Monstre syméllen, genre sirenomèle. (Classification de M. Isid. Geoffroy-Saint-Hilaire.)

M. DANYAU présente un fœtus monstrueux né à terme, d'une mère bien portante, et dont la grosseur n'a rien présenté

d'anormal. La partie supérieure du corps est bien conformée; la partie inférieure du tronc se termine par un cône tronqué; ce prolongement est formé par la cuisse et par l'articulation fémoro-tibiale. Un petit moignon fait suite à cette articulation. Point d'organes génitaux apparents ni d'anus. La dissection commencée de ce monstre a permis de constater que les muscles de la cuisse, normalement conformés d'ailleurs, ne sont point à leur place; il semble que la cuisse a subi un mouvement de torsion, et que les muscles antérieurs sont devenus latéraux. On trouve les muscles normaux, plus deux surnuméraires ; les vaisseaux et les nerfs ne présentent rien de particulier quant au nombre, mais non plus quant à leur position. Le fémur n'offre rien de particulier. La cavité thoracique ne présente rien d'anormal. Le cœur et les poumons sont sains. Dans la cavité abdominale il n'en est plus de même. Le gros intestin se termine par un cul-de-sac flottant. Au commencement du rectum, les reins sont normaux, peut-être un peu plus petits. Les uretères et la vessie manquent ; on trouve quelques vestiges des testicules dans la cavité abdominale. Les vésicules séminales sont absentes. Le bassin lui-même manque de cavité. Une dissection plus attentive, continuée par M. Desruelles, interne du service, complétera cette observation. L'accouchement a été naturel. L'enfant présentait une partie qu'on eut de la peine à reconnaître. Le voisinage des côtes fit penser qu'on avait affaire à une présentation de la banche. L'ecchymose observée sur le fœtus confirma la justesse de ce diagnostic. L'expulsion fut prompte. La mort ne doit être attribuée qu'à la monstruosité.

Calcul vésico-prostatique.

M. Vidal présente, au nom de M. Goyrand, un calcul de la grosseur d'un œuf de poule développé dans la prostate, chez un sujet de 27 ans, qui a parfaitement guéri. Ce calcul avait un petit prolongement qui s'engageait dans la portion membraneuse de l'urètre. Un mamelon était dans la vessie.

M. Goyrand a d'abord fait une incision au périnée, comme pour la taille bilatérale, puis la prostate a été débridée de chaque côté avec un long bistouri boutonné. L'extraction du calcul a été opérée avec deux branches d'unc tenette séparément appliquées sur les côtés du calcul. M. Vidal, en présentant cette pièce, fait remarquer l'importance qu'il y a ici à établir un diagnostic précis. Si on croyait alors à une pierre développée dans la vessie, on pourrait entreprendre une taille hypogastrique qui serait sans résultat; c'est ce qui est arrivé une fois à Blandin. Quand, au contraire, on a bien exploré par le rectum, on entreprend une opération qui est efficace.

Coup de pistolet à la région du cœur. — Plaie pénétrante de poitrine avec lésion du cœur et des poumons. — Mort sept heures après la blessure.

M. Deguise fils, en présentant les pièces anatomiques recueillies sur ce suicidé, s'exprime ainsi:

Samedi dernier, je fus mandé en toute hâte à Charenton, à six heures du soir, pour visiter un blessé qui venait d'être transporté à l'hospice de Charenton. Au niveau du teton gauche, existait une plaie irrégulièrement arrondie, d'environ 5 à 6 centimètres de diamètre et comprenant toute l'épaisseur de la paroi thoracique; les bords étaient déchirés violemment, contus et colorés en noir; la peau environnante était également noircie. A travers la plaie, je pus apercevoir la troisième et la quatrième côtes fracassées dont les fragments étaient écartés comme pour le passage d'un biscaïen, les muscles pectoraux et intercostaux dilacérés et comme carbonisés; un peu plus avant, une large communication avec la cavité pleurale, et, plus profondément encore, une membrane fortement colorée en rouge, qui me parut être le péricarde. Il ne s'écoule pas de sang par la plaie.

Le blessé, âgé dc 25 ans environ, était d'une pâleur excessive; son pouls, quoique régulier, ne battait pas 50 fois par minute.

Cet examen, bien que rapide, affectait péniblement ce malheureux dont la connaissance était intacte, et qui se plaignait du froid chaque fois que je soulevais sa couverture. L'examen du malade ne put être prolongé, à cause de sa faiblesse extrême.

La mort arriva une heure après, sans agonie.

Il résulte du procès-verbal dressé par le maire de la commune que ce malheureux a été trouvé vers trois heures par des militaires, littéralement baigné dans son sang. A quelques pas de là, on trouve une mare de sang et deux pistolets de poche déchargés. Ces pistolets, poignées comprises, ont 19 centimètres; les canons ont 1 centimètre 1/2 de diamètre, ne sont point rayés à l'extérieur.

A l'autopsie, on trouve :

1° Outre la fracture des troisième et quatrième côtes déjà notée, une fracture de la cinquième côte près de son articulation sternale, avec beaucoup de sang épanché dans la paroi thoracique gauche;

2° Une petite quantité de sang dans la plèvre du même côté, dont la cavité était d'ailleurs rétrécie par d'anciennes adhérences;

3° Deux solutions de continuité du péricarde, chacune d'un centimètre environ : l'une communiquant avec la plèvre et correspondant à peu près au niveau de la plaie thoracique; la seconde, plus en arrière et sur un plan un peu plus élevé, et se dirigeant vers le médiastin postérieur près de la racine du poumon;

4° Deux plaies du ventricule gauche du cœur : la première, et la plus antérieure, de deux centimètres environ, intéressant la presque totalité de la paroi ventriculaire fortement contuse et à moitié remplie par une portion de bourre de papier; la deuxième, située près de l'oreillette gauche, n'offrait qu'une simple solution de continuité d'un centimètre au plus, sans écartement de ses bords, et superficielle. Ces deux plaies communiquent ensemble au moyen d'une sorte de canal

pratiqué dans les parois du cœur. Les cavités de ce dernier sont vides ;

5° Une plaie du poumon gauche traversant toute la racine de cet organe, correspondant à la plaie postérieure du péricarde et se dirigeant du côté gauche de la colonne vertébrale;

6° Une petite excavation entre les huitième et neuvième côte, au point où elles s'articulent avec les apophyses transverses, là où la plèvre pariétale se réfléchit pour former le médiastin postérieur ; cette excavation est remplie à moitié par une balle de très petit calibre, puisqu'elle n'a qu'un centimètre deux millimètres de diamètre : la balle, parfaitement lisse, n'est qu'un peu aplatie du côté de l'excavation qu'elle s'est faite. Le poumon gauche offre une infiltration sanguine assez marquée au niveau de sa perforation. Le poumon droit ne présente rien de particulier. On ne trouve aucune autre balle.

M. Deguise termine sa communication par les réflexions suivantes :

N'est-on pas surpris tout d'abord que la mort n'ait point été plus subite, et qu'avec des lésions aussi profondes le blessé ait pu se traîner encore vingt-cinq à trente pas et conserver sa connaissance six à sept heures ? Comment expliquer l'absence de crachats sanglants avec la lésion que l'autopsie a démontrée dans un des poumons ? Sans doute par l'énorme quantité de sang perdu.

Au point de vue de la médecine légale, il n'est point oiseux de chercher à savoir comment l'arme a été dirigée. Il est plus que probable que le canon devait être bien près de la poitrine, puisque les téguments et les muscles étaient brûlés, ainsi qu'une partie de la chemise et du gilet ; peut-être même le canon reposait-il immédiatement sur la peau. Je ferai remarquer à ce sujet que nous avons des données peu précises sur les coups de feu à bout portant, et que leurs effets n'ont point été expérimentés, probablement à cause du danger de faire éclater l'arme. Je suis porté à penser que le premier

coup a été tiré de la main droite et le second de la main gauche ; de plus, je présume que les plaies du cœur et du poumon ont été faites avec le pistolet tenu de la main gauche. Ma supposition est basée sur la direction de la balle qui est constamment de gauche à droite, et qu'elle eût difficilement suivi cette voie si l'arme avait été tirée de la main droite. Le premier coup a pu porter sur la paroi de la poitrine, mais n'a point pénétré dans sa cavité.

M. Larrey n'apprécie pas au même point de vue que M. Deguise la circonstance principale de ce suicide, c'est-à-dire le mécanisme de la blessure. Les conditions morales dans lesquelles se trouvait le malheureux qui s'est tué ainsi, la prévision qu'un seul coup de feu ne pût suffire et la crainte de n'avoir plus la force de recommencer s'il échouait du premier coup, l'état de cette plaie si large, si profonde, et la présence enfin des deux pistolets trouvés par terre l'un à côté de l'autre et déchargés, tout fait présumer que la blessure a été produite non en deux fois, mais simultanément par les deux mains armées.

Quant à la question de savoir si ce double coup de feu a été tiré à bout portant ou plutôt à bout touchant, on peut admettre, dit M. Larrey, qu'il en a été ainsi non-seulement d'après l'état de la plaie, mais encore d'après l'observation de blessures du même genre. Il y aurait d'ailleurs, ajoute-t-il, des différences appréciables à cet égard chez les sujets qui cherchent à se brûler la cervelle en plaçant le canon de l'arme à feu les uns sur le front, les autres dans l'oreille, dans l'orbite, dans la bouche et le plus grand nombre sous le menton. C'est un point à étudier.

Ostéosarcome affectant les os du bassin.

M. Chassaignac présente un bassin dont les os sont transformés en un énorme ostéosarcome. Les os iliaques sont envahis, ainsi que le sacrum. Le coccyx et les cartilages articulaires, sacro-iliaques et la symphyse pubienne ont résisté à

l'envahissement de cet énorme cancer. Des coupes, pratiquées dans les masses cancéreuses, en font sortir un suc laiteux tout à fait caractéristique.

Tumeur mammaire.

M. Larrey présente, au nom de M. Michon, une tumeur du sein remarquable par son volume. Cette tumeur, observée au microscope par M. Robin, lui a offert les éléments de la glande mammaire hypertrophiée sans autre altération. La maladie, dont l'origine remonte à peu près à une quinzaine d'années, s'est développée sans cause mécanique appréciable chez une fille qui a aujourd'hui 27 ans et que M. Michon a opérée il y a deux jours à la Pitié.

M. Larrey regrette que l'heure avancée ne permette pas de comparer cette tumeur à celle qu'il avait présentée en son nom l'année dernière et qui offrait tous les caractères du tissu fibreux. Mais il prie M. Lebert de vouloir bien examiner l'une et l'autre.

Le vice-secrétaire, Demarquay.

Séance du 27 *novembre* 1850.

Présidence de M. Danyau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Chassaignac demande la parole à propos du procès-verbal. M. Vidal, suivant-lui, en présentant au nom de M. Goyrand un calcul prostatique volumineux, a mis à l'ordre du jour la question si importante et non encore élucidée du traitement de ces calculs prostatiques. Il y a sept ans (1) qu'en présence de M. Lenoir et de M. Civiale il pratiqua l'opération de la taille sur un vieillard de 70 ans qui portait un calcul analogue à celui présenté par M. Vidal; c'est à propos de ce fait qu'il fit

(1) Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 12 octobre 1843.

quelques observations anatomo-pathologiques qu'il communique aujourd'hui à la Société. Un des phénomènes les plus intéressants qu'il a eu occasion de constater, c'est l'atrophie de la prostate; de plus, souvent le calcul est fortement comprimé par les parties voisines; cette compression est telle que par l'examen direct on ne peut point reconnaître les calculs multiples. Le cathéter dans ces circonstances est souvent arrêté par le calcul; tantôt il passe au-dessus ou au-dessous de ce dernier.

Il résulte de ces considérations anatomo-pathologiques que la taille latéralisée est préférable à la taille bilatérale; encore celle-là devra-t-elle être faite sans le lithotome du frère Côme, qui exposerait à dépasser les limites de la prostate; il faudrait préférer un long bistouri à tout autre instrument. La compression exercée par la prostate sur le calcul doit faire rejeter l'emploi des tenettes; leur introduction dans cette circonstance serait fort difficile, douloureuse; l'emploi de la curette n'a pas les mêmes inconvénients. Quelquefois, comme on a pu le voir par le calcul présenté par M. Vidal, ces corps étrangers envoient un prolongement dans la vessie; si dans cette dernière circonstance le cathéter passe au-dessus du calcul, il est de toute évidence que le lithotome ne peut point être employé; il viendrait se heurter contre le calcul, tandis qu'un long bistouri boutonné remplit les mêmes indications que le lithotome, sans en présenter les inconvénients.

M. Vidal revient sur l'opération pratiquée par M. Goyrand, dont les détails ont été publiés dans un journal de chirurgie. Puis, parlant sur les calculs prostatiques, il indique la division qu'il a établie dans son *Traité de pathologie;* il admet, en effet, des calculs prostato-vésicaux et vésicaux prostatiques. Si cette distinction n'est pas faite par le praticien entre ces deux ordres de calculs, il peut, suivant M. Vidal, se trouver fort embarrassé; quant à l'atrophie de la prostate, M. Vidal et d'autres avant lui l'ont signalée; il rejette, comme M. Chassaignac et M. Goyrand, le lithotome et préfère le dé-

bridement multiple fait avec le bistouri boutonné; il rejetterait la curette comme étant plus difficile à introduire que la tenette articulée; on sait d'ailleurs que c'est grâce à cet instrument que M. Goyrand a pu extraire le calcul volumineux qui est l'occasion de cette discussion.

M. Lenoir n'admet point la division des calculs admise par M. Vidal; un calcul du col de la vessie est un calcul vésical arrêté dans le col et non développé dans ce lieu; il n'a point vu de calcul prostatique s'avançant dans la vessie. Il a eu occasion de voir un calcul prostatique volumineux; ce dernier est resté prostatique; il avait à sa partie inférieure une dépression correspondant au *verum montanum;* il s'était, à la vérité, développé du côté de l'urètre; mais il avait été arrêté au col vésical; du côté du canal urétral, où il s'était développé; il s'était moulé sur ce dernier et avait pris la forme d'un pénis de chien. Il pratiqua la taille bilatérale; le col vésical ne fut point intéressé; le calcul fut extrait, et le malade ne perdit point une goutte d'urine. Si un calcul vésical venait à s'arrêter dans le col de la vessie, il va sans dire que le débridement devrait porter sur ce dernier, ce qui n'a point eu lieu dans le fait précédent. On peut reconnaître quelquefois les calculs développés dans la portion prostatique de l'urètre aux signes suivants : tantôt il y a rétention d'urine, tantôt incontinence, tenant, comme M. Lenoir l'a constaté, à une rigole existant à la partie inférieure du calcul. Pour ce qui est de l'altération de la prostate, M. Lenoir admet qu'elle est distendue, et la preuve c'est qu'elle revient sur elle-même et a son volume normal après l'opération. Il rejette la taille latéralisée proposée par M. Chassaignac, et préfère la taille bilatérale ou la taille de Celse légèrement modifiée.

M. Chassaignac. Il résulte des paroles de MM. Lenoir et Vidal que j'ai bien fait de soulever la question du traitement des calculs prostatiques; ce traitement est loin d'être arrêté, car M. Vidal préfère la taille quadrilatérale, M. Lenoir la taille bilatérale ou de Celse, et je défends la taille latéralisée.

Toutefois, si, avec M. Lenoir, il admettait la taille bilatérale, il la ferait à l'aide du bistouri boutonné et non avec le lithotome; il préfère la curette à la tenette, même articulée, attendu que la curette, n'ayant que l'épaisseur d'une des branches de la tenette, est plus facile à introduire et permet de faire basculer l'instrument, d'où une force de traction assez considérable sur le calcul; il cite ce qui se passe dans l'extraction des corps étrangers de l'oreille. Il n'admet point avec M. Lenoir la rétraction de la prostate. Pour lui, il y a atrophie de l'organe, transformation fibreuse. Et, si le chirurgien n'est pas prévenu de cette circonstance, il peut intéresser le rectum.

M. Michon regrette de n'avoir point vu le calcul extrait par M. Goyrand; il croit qûe dans cette circonstance on confond les calculs urinaires urétraux et les calculs prostatiques proprement dits. Ces derniers diffèrent essentiellement des premiers par leur mode d'origine et par leur nature chimique. Prenant naissance dans les lacunes prostatiques, ils sont souvent très nombreux, et ils amènent l'atrophie de la prostate. Dans sa thèse inaugurale, M. Michon a rapporté une observation intéressante de calcul prostatique enkysté. Quand le chirurgien n'avait à sa disposition que le cathéter pour diagnostiquer les calculs, souvent ces calculs étaient confondus avec ceux de la vessie : Dupuytren, dans un cas, fit cette erreur. Dans ces circonstances, ce n'est point la taille qu'il faut faire, mais bien une boutonnière. Malgré les études attentives qu'il a faites sur cette question, M. Michon, dans son cas, eut le regret d'avoir pratiqué une taille vésicale pour un calcul prostatique; son malade guérit. Il rappelle, en terminant, qu'à l'origine de la Société de Chirurgie, il appela l'attention de ses collègues sur ce sujet à propos de calculs prostatiques nombreux développés chez M. Durosoir, professeur d'histoire; il était d'avis, dans ce cas, de pratiquer une taille irrégulière. A la vérité, pour extraire tous ces calculs, l'opération fut refusée, et un lithotriteur fort habile tenta de

débarrasser le malade par la lithotritie. Malgré l'habileté déployée par ce dernier, les calculs ne purent être extraits, et le malade succomba. Ces calculs prostatiques doivent donc être envisagés au simple point de vue du développement du pronostic et du traitement.

M. Vidal revient sur les considérations qu'il a présentées antérieurement sur la division des calculs prostatiques. Pour ce qui est du traitement, il n'admet qu'une taille prostatique ou urétrale, suivant que le calcul est dans la prostate ou dans l'urètre. Quant à la prostate, elle subit diverses modifications; tantôt elle est atrophiée, comme M. Chassaignac l'a indiqué; mais d'autres fois elle a subi une véritable hypertrophie.

M. Lenoir n'admet pas le reproche de confusion fait par M. Michon. Il distingue parfaitement les calculs prostatiques nés dans la vessie et arrêtés dans cette portion du canal de l'urètre des calculs prostatiques développés dans les lacunes de cette glande. Quant à lui, il n'a voulu parler que des premiers. Quant à ceux qui ont fixé l'attention de M. Michon, il les connaît, et il a eu occasion de pratiquer l'extraction de 60 de ces calculs, à l'aide de la sonde de Hunter, de la prostate d'un vieillard; ils étaient gris-cendré et avaient le volume d'une lentille.

M. Michon voudrait que le nom de calculs prostatiques fût réservé aux calculs développés dans l'intérieur de cet organe, et qu'ils ne fussent pas confondus avec les calculs vésicaux arrêtés dans la portion prostatique de l'urètre et développés dans ce point.

Correspondance.

La Société a reçu le troisième volume de la Société Médico-Chirurgicale de Londres, M. Giraldès est chargé de faire un rapport verbal.

Communication sur les plaies par armes à feu. Considérations médico-légales.

M. Rigal, après avoir exprimé le regret de ne pouvoir

assister aux séances de la Société de Chirurgie, à cause de ses fonctions de représentant, s'exprime dans les termes suivants :

« Les questions soulevées par la communication faite par M. Deguise fils dans la séance du 20 septembre, d'un cas remarquable de suicide, m'a fait penser que la Société n'entendrait pas sans intérêt quelques observations recueillies dans ma pratique à l'occasion de certains phénomènes des blessures par armes à feu. En les citant de mémoire, j'ai la certitude de n'omettre aucun détail essentiel. Les circonstances au milieu desquelles ces faits se sont produits prouveront d'ailleurs avec quelle puissance ils ont dû se graver dans mes souvenirs.

» Mille effets sont inattendus et restent souvent inexplicables dans les désordres produits par l'explosion d'un pistolet, d'un fusil ou d'un canon; on ne saurait les calculer théoriquement *à priori;* de là un nouveau motif de noter avec soin tout ce que le hasard et l'expérience acquise nous révèlent.

» Le sieur Caussé, âgé d'environ 45 ans, propriétaire, demeurant à Bernac, canton et arrondissement de Gaillac (Tarn), était tombé depuis quelques semaines dans de vagues mélancolies. Bientôt il rêva de jalousie; il rêva aussi d'un dindon volé dans sa basse-cour, et durant 48 heures, il battit nuit et jour la campagne, à la recherche du larron. Il rentre dans la soirée du second jour, se place sous le manteau du foyer domestique, entre la nourrice de son dernier enfant et sa femme ; puis, tandis que celle-ci s'accroupit pour soigner une tisane qu'il a demandée, Caussé élève le bras, prend son fusil de chasse, et tire de très près, coup sur coup, mais à très faible intervalle l'un de l'autre, sur sa femme et l'étend roide morte à ses pieds; il se trouvait en ce moment au côté droit et en arrière de sa victime. Le meurtre consommé, Caussé va se dénoncer au maire de la commune et se constituer prisonnier.

» Le lendemain, le docteur Thomas et moi arrivâmes sur les lieux avec les magistrats pour faire l'autopsie ; 18 à 20 heures s'étaient écoulées depuis l'événement. Le cadavre étant dépouillé, à la partie latérale droite et postérieure du thorax, au-dessous et un peu en dedans de l'angle inférieur de l'omoplate, *nous trouvons une seule et large ouverture parfaitement arrondie;* son diamètre est mesuré par 4 à 5 centimètres ; au pourtour de ce trou, qui semble

produit par un emporte-pièce, la peau est brûlée, dure, sèche, parcheminée. Les détails des lésions anatomiques se retrouveraient, au besoin, dans le rapport officiel. Il me suffit aujourd'hui de dire que l'une des charges de gros plomb, la première surtout, avait traversé le poumon droit, broyé le cœur de la base au sommet, et était sortie au-dessous du teton gauche, l'autre charge avait brisé les vertèbres et produit une intersection de la moelle épinière.

» Nous crûmes que la rotation du tronc sur lui-même, et de droite à gauche, au moment de la première blessure, pouvait donner le secret de ce nouveau trajet. Quoi qu'il en soit de cette explication, il demeure constaté que deux coups de fusil tirés successivement, à petite distance, avec du plomb de chasse, peuvent produire une seule et même ouverture parfaitement ronde ; l'adustion de la peau, sa dessiccation, le retrait qui en est la suite, semblent avoir influé sur la forme de sa perte de substance.

» Nous nous fîmes présenter les vêtements ; ils se composaient d'une veste de bure, d'une chemise de toile, d'un gilet de flanelle.

» Le justaucorps est largement brûlé; il s'était enflammé, et on l'avait éteint. La chemise présente trois trous, dont deux se confondent par une partie de leur circonférence ; le dernier est complet, et se trouve à petite distance ; le gilet de flanelle ne présente que deux ouvertures, sous forme de verre de lunette.

» Ainsi désormais à l'intérieur du corps, les projectiles décrivent un cône tronqué, dont le sommet est à l'unique ouverture constatée à la partie latérale droite du tronc, tandis que les vêtements aplatis contre le corps et qui le touchent de près semblent marquer le passage des deux projectiles séparés par un intervalle notable.

» Ce phénomène, qui ne laissa pas d'embarrasser un moment les experts et les magistrats témoins de leurs recherches, trouva son explication dans la plicature du linge. Il peut être utile au médecin légiste d'en tenir compte pour l'avenir. »

M. Rigal met ici sous les yeux de la Société des morceaux de papier montrant les pertes de substance qu'il vient de décrire.

« Déclaré coupable de meurtre volontaire, avec circonstances atténuantes, Caussé partit pour passer le reste de ses jours au bagne, où il est encore, et les magistrats firent peser sur les médecins ex-

perts le reproche d'avoir indiqué la déplorable hallucination d'un homme privé de son libre arbitre. »

Passant à un autre ordre de faits, M. Rigal donne lecture à la Société des réflexions suivantes publiées dans l'*Union médicale* par M. Laborie, à propos du fait de M. Deguise.

« Ce serait un point intéressant d'études à poursuivre, de » l'influence que peut exercer sur une plaie par armes à feu » l'action d'appliquer fortement l'extrémité du canon sur » un point résistant, comme la paroi thoracique, par exem- » ple. On est loin, en effet, d'être d'accord sur les suites d'un » coup de feu tiré dans ces circonstances, et beaucoup de per- » sonnes admettent que l'arme doit nécessairement éclater. » L'expérience nous paraît encore à faire, pour qu'un jugement » définitif puisse être porté. »

Les expériences à faire, dit M. Rigal, pour éclairer une aussi importante question, courent le risque de n'être jamais tentées, à cause du danger immédiat qu'elles entraînent. On aurait beau agir sur le cadavre, resterait toujours pour l'expérimentateur la mauvaise chance, la chance du moins probable d'être blessé par les éclats du canon qui crève; si on remplaçait la main, la force de l'homme par un moyen mécanique, une sorte de vis à tige, le résultat serait altéré, et tout interstice réel maintenu bouché d'une manière invariable, invincible, l'arme éclaterait sans aucun doute.

M. Rigal s'estime heureux de pouvoir substituer à des expériences souvent menteuses une observation parfaitement constatée.

« M. A..., âgé de 48 ans, d'un esprit cultivé, atteint de phthisie au second degré, prend la résolution de se donner la mort. Une nuit, il rentre dans sa chambre armé de deux pistolets de poche à balle forcée d'assez gros calibre; il pose la bouche d'un canon sur la région précordiale et l'appui sur son gilet aussi fortement qu'il le peut, en agissant de la main. Le coup part, mais la balle ne cause aucune blessure; elle va se perdre dans l'appartement vers le plafond. Seconde tentative dans les mêmes conditions. Même effet de la

recharge des pistolets ; il comprime de la main droite la gueule du pistolet contre son front, tire, et s'étonne de vivre ; il recherche la cause de ce qu'il appelle ses malheurs, et la trouve. Il faut donner de l'air. Un canif lui sert à pratiquer une incision cruciale sur son front. Précaution inutile ! la plaie n'est vraisemblablement pas assez large ; nouvelles et plus longues incisions ; une cinquième tentative échoue comme les autres. Alors le malheureux s'ouvre les veines aux deux plis du bras à l'aide de son canif.

Au matin on le trouve baigné dans son sang, et, mandé, j'accourus auprès de lui. J'ai pu, pour un temps, le ramener à l'existence ; il est mort des progrès du mal qui minait sa poitrine.

Je tiens de ses confidences les détails précis que j'ai cru essentiel de rapporter ; les faits se trouvaient en quelque sorte exister sur lui-même et autour de lui.

Sur son gilet de casimir gris, deux brûlures qui montrent la corde du tissu.

Au plafond, sur les murs et à terre, cinq balles, avec un aplatissement, une déformation qui témoigne de leur choc contre des corps durs. Sur le front trois eschares légères, arrondies, ayant la forme, la dimension du canon des pistolets, dont l'un est encore chargé. L'aspect de ces eschares est celui d'une brûlure faite par la poudre caustique de Vienne ; mais, de plus, des traces noirâtres au pourtour. Deux de ces brûlures portent sur les angles des incisions cruciales, angles qui ne furent pas relevés, et se trouvèrent juxtaposés d'une manière immédiate par la pression circulaire de la bouche à feu. Ainsi toujours il y a eu occlusion complète de l'arme.

En réfléchissant à la valeur de cette observation unique et multiple à la fois, je me suis trouvé depuis longues années déjà amené à conclure :

1° Quand la bouche d'un canon de pistolet est appliquée de main d'homme sur un point résistant de son corps ou du corps d'autrui, la compression brusque, puissante, instantanée de l'air contenu dans le tube produit nécessairement un mouvement de recul ;

2° Ce recul sera proportionné à la charge, à la force compressive, à l'exactitude de l'occlusion ;

3° Il pourra ne survenir aucune blessure, et presque ja-

mais, pour ne pas dire jamais, si une blessure est produite, elle n'aura lieu exactement que sur le point où l'arme fut appliquée;

4° A moins d'une fabrication vicieuse, d'une aigreur extrême du canon, ou d'une avarie antérieure, tout autorise à penser que l'arme n'éclatera pas. Il ne faudrait cependant pas se risquer sur de semblables données à de nouvelles épreuves; elles peuvent, au contraire, servir à l'explication des faits recueillis ou qui viendraient à se produire.

Hier, ajoute M. Rigal, notre confrère et notre collègue à l'Assemblée nationale, M. le docteur Guizard (de la Creuse), me parlait d'un homme qui s'était appliqué un pistolet sur le front; la balle a ressorti à la partie postérieure du crâne, sans l'avoir traversé.

Qu'est-ce à dire? Sinon qu'un recul de la main fit frapper le projectile contre la boîte osseuse sous un angle tellement aigu, qu'elle dut en faire le tour sous le cuir chevelu. Les annales de l'art renferment de nombreux exemples de semblables réflexions.

Quand pour se faire sauter la cervelle un malheureux pose la crosse d'un fusil dans l'angle de deux murs, et appuie sur le bout de l'arme le dessous du menton, ce n'est plus l'instrument de mort qui recule; mais la tête se trouve rejetée en arrière par la compression de l'air, et presque toujours le visage subit une atroce mutilation; le masque est emporté. M. Rigal termine sa communication en posant la question suivante:

Une personne atteinte la nuit et de face par un coup de feu peut-elle, à la lueur de l'explosion, reconnaître son assassin?

Ce problème médico-légal surgissait dans le cas que voici:

« Une forêt domaniale, celle de Giroussens, dans l'arrondissement de Lavaur, fut vendue en deux lots, confiés désormais à la surveillance de deux gardes particuliers. Une inimitié profonde ne tarda pas à les diviser. Un soir d'automne, par un temps assez brumeux,

Pierre fume sa pipe sur le pas de sa porte ; il entend distinctement le chien d'un fusil à pierre qui s'abat sur la platine sans enflammer l'amorce. Son regard se tourne vers le point d'où est venu le bruit ; presque aussitôt la forêt retentit d'un coup de fusil, et il s'écrie : Oh! Gabriel, tu m'as tué. Sa déposition en justice constate qu'il aurait parfaitement reconnu son voisin ; cette reconnaissance est fondée en grande partie sur la coiffure habituelle du garde supposé coupable. Les magistrats réclament l'opinion du médecin expert appelé, et M. le docteur Crouset, ne trouvant rien de précis, voire même d'afférent à la difficulté sur laquelle il doit se prononcer, croit devoir recourir à moi : ensemble nous instituâmes des essais. »

Deux suppositions se présentent : ou l'axe visuel de la victime coïncide avec l'axe visuel du meurtrier, ou cette coïncidence n'a pas lieu. Dans cette dernière hypothèse, l'erreur de Pierre est évidente ; on ne voit point devant soi en regardant passivement à droite ou à gauche. Dans la seconde hypothèse, la difficulté reste entière ; il ne faut pas oublier qu'averti par le chien d'une batterie les yeux se sont portés d'une manière active dans la direction du bruit.

Trente fois au moins, à diverses distances, entre vingt et cinquante pas, je me suis fait tirer pendant la nuit des coups de fusil chargé à poudre, à dose plus ou moins élevée ; jamais je n'ai pu distinguer la personne, de moi bien connue, qui faisait feu ; le globe de flamme la masquait complétement, et je retombais dans l'obscurité profonde où nos yeux sont plongés à la suite d'un éclair ; je ne voyais ni coiffure, ni vêtements. Pareil effet se produisait en enflammant l'amorce des fusils à pierre.

Si, d'une main étendue de toute la longueur du bras, une personne tient une lumière à la hauteur de son visage, l'observateur placé en face ne distingue ni les traits, ni les formes générales du corps, ni la vêture ; c'est l'effet de la lanterne sourde, bien que l'enceinte de la bougie manque. Les notions qu'une lumière fixe ne peut point donner ne sauraient être fournies par l'éclat d'un globe de feu qui s'allume et s'é-

teint dans une seconde ; Pierre se trompait en cédant à des préoccupations plus ou moins fondées.

Dans le cours de nos expériences, nous avons constaté, dit M. Rigal, que parfois de légères parcelles de bourre s'enflamment et tombent lentement ; alors la personne sur laquelle est tiré le coup peut reconnaître la couleur blanche d'un vêtement, robe ou pantalon, sans bien distinguer l'un de l'autre.

Un témoin que le hasard placerait à côté, à peu de distance entre le globe du feu et le meurtrier, parviendrait à recueillir des notions assez exactes pour servir de guide à la justice.

Ce dernier point n'a pas échappé à quelques auteurs, à M. Devergie en particulier. Tout le reste est neuf, je crois, et il m'a paru utile de le faire connaître à la Société de Chirurgie.

M. Larrey. La communication que vient de faire M. Rigal est intéressante au double point de vue de la chirurgie pratique et de la médecine légale ; mais elle me semble se prêter encore à d'autres considérations. Je les exposerai le plus brièvement possible.

La question des coups de feu tirés de près laisse peut-être quelque chose à désirer dans l'étude des phénomènes si variés des blessures par armes à feu. Et d'abord, le langage convenu pour désigner les coups *à bout portant*, *à brûle-pourpoint* me semble manquer de précision et de justesse, puisqu'il confond des blessures produites à distance, quoique d'assez près aussi, avec des blessures faites au contact immédiat des parties. C'est pourquoi il serait peut-être préférable de réserver à celles-là le terme de coups *à bout portant*, et d'assigner à celles-ci l'appellation de coups *à bout touchant.* Voici pourquoi, à mon avis, la plupart des blessures par armes à feu, dans les cas d'homicide volontaire, ont lieu soit à peu de distance, soit même à bout portant, mais non à bout touchant, comme cela est au contraire dans presque tous les cas de suicide. De là une distinction qui pourrait être de quelque

utilité en médecine légale, et je ne sache pas qu'elle ait été établie.

Que se passe-t-il dans l'application immédiate du canon d'une arme à feu sur un point plus ou moins résistant du corps, tel que le crâne, la face ou la poitrine ? L'arme doit-elle éclater, comme on serait porté à le croire, par son contact immédiat avec les tissus ? L'observation répond à cela, et les expériences seraient non-seulement insuffisantes ou dangereuses, mais inutiles aussi.

On sait, par la déclaration précise des hommes qui ont survécu à ce genre de suicide, qu'ils ont presque toujours appliqué assez exactement le canon du fusil ou du pistolet contre le point choisi par eux sans craindre son explosion, mais en craignant plutôt la déviation du projectile. Il arrive, en effet, que le contact n'est plus immédiat au moment où le coup part, et c'est là ce qui empêche l'arme d'éclater. Le canon, quoique appuyé contre les parties, ne l'est jamais avec assez de force pour que l'arme privée d'air fasse explosion. Il y a dans l'instant incalculable de la déflagration de la poudre, c'est-à-dire par la compression brusque et puissante de l'air intérieur, il y a, comme l'a dit M. Rigal, un mouvement de recul plus ou moins prononcé qui suffit à l'écartement de l'arme, et par conséquent au passage de l'air. Il y a de plus, chez la plupart des hommes portés à se détruire ainsi, soit l'émotion, soit un tremblement involontaire qui fait perdre à la main sa fermeté, en lui permettant non-seulement de s'écarter un peu, mais quelquefois de dévier sensiblement, et cette déviation devient salutaire dans certains cas. C'est ainsi que, lorsque le canon de l'arme à feu est placé sous le menton, sa déviation en avant repousse la tête en arrière, et projetant la balle vers la région antérieure de la face, en emporte une partie et produit des mutilations graves.

Tels sont les résultats que j'ai observés plusieurs fois chez des militaires et, en dernier lieu, chez les deux soldats dont j'ai eu occasion d'entretenir la Société de Chirurgie ; mais je

ne crois pas devoir insister davantage sur ce sujet, ni sur les autres questions qui s'y rattachent.

M. Deguise fils se félicite d'avoir soulevé, par sa communication, la discussion intéressante qui vient de se produire au sein de la Société de Chirurgie. Toutefois, il persévère à regarder les plaies observées sur le sujet dont il a cité l'observation dans la dernière séance comme ayant été produites par deux coups successifs. Quant à l'étendue des plaies, il rappelle l'observation de M. Huguier, qui fracassa d'un seul coup de feu tiré à petite distance la tête d'un sujet.

M. Forget termine la discussion en citant le fait suivant :

Un individu voulant se détruire charge un fusil de chasse à un seul canon d'une balle et de grains de plomb à lièvre; il se place sur son lit et met le canon de son fusil sur la région précordiale, et cherche à faire partir le coup à l'aide d'une ficelle; celle-ci casse, et il la remplace par une tige en bois à l'extrémité de laquelle il a fait une encoche. Cette fois, le coup part; la balle et le plomb pénètrent dans la poitrine, entre deux côtes, au-dessous du sein; la balle ressort et va se loger dans le mur, à 3 centimètres de profondeur. Le plomb reste. Dans la position où se trouvait l'individu, on peut voir que le coup de fusil a eu lieu à bout touchant, suivant l'expression de M. Larrey. Dans le cas rapporté par M. Forget, le trou d'entrée était petit, arrondi, sans déchirure ni fracture des côtes. La peau était noircie autour et légèrement brûlée par la chemise, qui a pris feu. Le trou de sortie était plus large, inégal sur les bords. La côte répondant à l'angle du scapulum était brisée.

Le vice-secrétaire, Demarquay.

Séance du 5 *décembre* 1850.

Présidence de M. Danyau.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance.

M. Chapël, de Saint-Malo, adresse à la Société une lettre dans laquelle il expose ses titres à l'appui de sa candidature comme membre correspondant.

Ostéosarcome du membre supérieur. Amputation du bras près de l'épaule. Guérison, chez un vieillard de 76 ans.

M. Larrey présente, au nom de M. Lacôme (d'Argilès), le modèle en plâtre d'un bras affecté d'une énorme dégénérescence ostéosarcomateuse, et il donne l'extrait suivant de cette observation :

Un cultivateur âgé de 76 ans, doué d'une forte constitution, et ayant toujours joui d'une bonne santé, ressentit pour la première fois, dans le mois de mai 1836, des douleurs vagues dans l'articulation du coude gauche. Ces douleurs, survenues sans cause appréciable, furent négligées pendant un an par le malade, qui, s'apercevant d'une augmentation de volume dans ce coude, comparé à l'autre, consulta un médecin. Divers moyens de traitement furent employés sans succès. Le volume du membre augmenta d'une manière progressive, et les douleurs devinrent, à la longue, tellement vives et lancinantes, qu'elles finirent par exiger un repos absolu.

Le 1er juin 1846, une dizaine d'années après la première apparition du mal, M. Lacôme fut appelé auprès du malade, qui n'avait pas quitté le lit depuis 23 mois.

La tuméfaction du membre s'étendait depuis le tiers supérieur du bras jusqu'au tiers moyen de l'avant-bras ; la forme de cette tumeur semblait comparable à un jambon, et sa

consistance, dure, résistante, était lisse à sa surface. Un œdème considérable avait envahi le reste de l'avant-bras et toute la main. Une ulcération enfin s'était formée à la face externe de l'articulation huméro-cubitale donnant issue à une matière sanieuse assez abondante. La motilité du membre se trouvait complétement abolie, et la sensibilité, presque nulle au contact, n'empêchait pas des douleurs profondes de se manifester. Une exploration attentive ne faisait découvrir aucune altération viscérale, et les ganglions axillaires, si voisins de la tumeur, n'étaient pas engorgés.

M. Lacôme décida le malade à se laisser couper le bras. Malgré son état de marasme et son âge avancé, l'amputation, faite par la méthode circulaire au niveau du col chirurgical de l'humérus, n'offrit rien de notable. La réunion immédiate ne put être supportée; mais, à part quelques incidents sans importance, la cicatrisation fut complète au bout de six semaines. Aujourd'hui enfin, c'est-à-dire quatre ans et demi après l'opération, aucun indice de récidive ne s'est montré, et la guérison paraît définitive.

Le membre, pesé aussitôt après l'amputation, avait le poids énorme de 23 livres; les dimensions de la tumeur étaient, en haut, de 60 centimètres de circonférence, et de 40 en bas. Cette tumeur, aplatie à sa face postérieure, était inégale, bosselée à sa face antérieure; l'ulcère, situé au niveau du bord externe de l'articulation huméro-cubitale, donne issue à une matière brunâtre semblable à de la suie délayée; enfin, la substance de l'humérus, du cubitus et du radius, détruite, désorganisée dans toute l'étendue qui a été le siége de la dégénérescence, a complétement disparu; et les tissus voisins, confondus entre eux, sont transformés en une masse inégale, bosselée, offrant les caractères de l'ostéosarcome.

M. Larrey regrette que la pièce anatomique n'ait pu être conservée.

Le développement assez rare de l'ostéosarcome dans le membre supérieur, sa longue durée sans phénomènes de dia-

thèse cancéreuse, surtout chez un vieillard de 76 ans, qui a pu survivre aussi longtemps à la maladie et à l'amputation du bras sans qu'aucun indice de récidive se soit déclaré, tels sont, dit M. Larrey, les circonstances qui prêtent de l'intérêt à cette observation.

M. Auzias-Turenne termine la lecture de son long mémoire sur la vaccination syphilitique, ou de la syphilisation.

Une commission composée de M. Vidal, Chassaignac, Cullerier (rapporteur), est chargée de faire un rapport.

M. Chassaignac présente à la Société trois malades.

1° L'uu est un vieillard de 70 ans, opéré il y a six mois, à l'hôpital Saint-Antoine, d'une hernie entéro-épiploïque étranglée. Une portion d'épiploon considérahle, à peu près du volume du poing, fut excisée. Une ligature fut appliquée en masse sur le pédicule; cette ligature ne s'est détachée qu'au bout de plusieurs semaines. Il y a une certitude que ce pédicule, que l'on sentait toujours au collet du sac, y ait contracté des adhérences. Malgré cela, la hernie s'est reproduite. Ce fait est présenté pour servir de document dans un travail qui sera soumis à la Société.

2° Le second malade est un jeune homme de vingt et quelques années, présentant à la région lomhaire une tumeur en forme de gâteau, ayant à peu près les dimensions du fond d'un chapeau. Cette tumeur offre les caractèrcs d'un lipome, quoique ce diagnostic ait parn contestahle à plusieurs memhres de la Société. Les uns ayant opiné pour un *spina-bifida*, d'autres pour une tumeur veineuse. Ce qui a conduit à admettre que c'est un lipome, c'est qu'il existe sur dix à douze autres points du corps de petites tumeurs, dont une a été ouverte par M. Chassaignac et lui a présenté les caractères incontestables du lipome.

Ce malade est présenté à la Société à titre d'exemple, dans le hut d'établir sur l'étiologie du lipome cette opinion, que cette tumeur est due tout simplement dans heaucoup de cas à une atrophie partielle de la peau.

3° Le troisième malade est celui que M. Chassaignac avait présenté avant et après l'opération d'une tumeur de la mâchoire. Aujourd'hui la récidive est tout à fait évidente. Les dents voisines du lieu primitif de la tumeur sont manifestement ébranlées. L'os maxillaire paraît épaissi.

Voici comment la récidive s'est annoncée.

Quelques jours après sa sortie de l'hôpital, le malade revint à la consultation. Il présentait dans le lieu où avait été enlevée la tumeur un caillot ou quelque chose de ressemblant à un caillot, et qui sous la simple pression du doigt s'énucléa tout à coup de l'excavation maxillaire, comme cela avait eu lieu au moment de l'opération. Le lendemain, retour du malade à la consultation ; nouvelle production de cette matière fibriniforme; expulsion également facile; perte de sang assez abondant; excavation touchée avec la solution de nitrate d'argent et tamponnée. Les jours suivants, plus de doutes sur l'existence d'une récidive confirmée. Rentrée du malade à l'hôpital, où il doit être opéré demain jeudi 5 décembre.

Le vice-secrétaire, DEMARQUAY.

Séance du 12 *décembre* 1850.

Présidence de M. LARREY.

Lecture et adoption du procès-verbal.

M. VIDAL exprime le regret, à cause de sa santé, de ne pouvoir faire partie de la commission chargée d'examiner le travail de M. Auzias-Turenne.

M. HUGUIER est désigné pour remplacer M. Vidal dans cette commission.

Sur la proposition de M. Giraldès, de porter à cinq le nombre des commissaires chargés d'examiner le travail de M. Auzias-Turenne, MM. Gosselin et Demarquay sont adjoints

à la commission, désormais composée de MM. Chassaignac, Cullerier, Huguier, Gosselin et Demarquay.

Ablation partielle du maxillaire inférieur.

M. Chassaignac revient sur le malade qui a occupé à plusieurs reprises la Société de Chirurgie, et qui était affecté d'une tumeur fibro-plastique, avec des éléments douteux, du maxillaire inférieur du côté droit. La tumeur avait été complétement enlevée, trois cautères rougis à blanc avaient été éteints dans l'endroit occupé par la tumeur. Nonobstant ces soins, le mal s'est reproduit. Cette fois M. Chassaignac enlève une portion du maxillaire inférieur. L'extraction de l'incisive latérale droite et de la dent de sagesse du même côté est faite avec la clef de Garengeot. Ces dents sont saines, ainsi que les alvéoles qui les contiennent. Une incision convenable permet de mettre à nu toute l'étendue du mal, et le maxillaire inférieur compris entre les deux dents préalablement extraites est réséqué à l'aide d'une scie à chaîne. La plaie résultat de cette opération est réunie par première intention. M. Chassaignac montre la portion d'os réséquée.

Cancer du sein chez l'homme.

M. Deguise fils présente une mamelle cancéreuse enlevée à un homme de 68 ans. Le cancer paraît à M. Deguise de nature encéphaloïde. A propos de ce fait, notre collègue a fait quelques recherches sur le cancer de la mamelle chez l'homme; il a trouvé peu d'observations de cette maladie. Les faits connus ont toujours été rapportés au squirrhe. En 1839, M. Velpeau avait eu occasion de voir cinq cancers de la mamelle : ils étaient tous formés par du squirrhe ; quatre furent opérés, et les malades guérirent sans récidive. Dans le cas actuel, M. Deguise pense que la tumeur est formée par le cancer encéphaloïde, et il se fonde sur les circonstances suivantes : la tumeur s'est développée en cinq ou six mois; elle s'est ulcérée rapidement; et l'ulcération a donné lieu à des hémor-

rhagies qui se sont souvent reproduites; on voit au milieu de la tumeur comme un foyer apoplectique.

M. Chassaignac rappelle qu'Astley Cooper a vu un cas de tumeur du sein chez l'homme dont les éléments étaient colorés en vert. Il fait observer que par la pression on fait sortir de cette tumeur, présentée par M. Deguise, un produit concret, vermiforme et comme caséeux; il désirerait que ce produit fût analysé au microscope.

M. Larrey a eu occasion de voir deux cas d'ulcération cancéreuse du sein chez l'homme, et il est porté à croire que les affections du même genre sont d'autant plus rares, que les engorgements mammaires de nature bénigne sont assez fréquents chez les soldats, sans se terminer presque jamais par dégénérescence. Ainsi, les phlegmons, les abcès chauds ou froids, l'œdème circonscrit, l'induration partielle du tissu cellulaire, certains cas d'adénite et diverses ulcérations fistuleuses superficielles ou profondes surviennent assez souvent par l'effet de causes mécaniques: contusions, froissements de la poitrine dans le maniement des armes, par la pression des vêtements d'uniformes dans les exercices gymnastiques, etc.

Telle était l'origine des deux cas de cancer observés, il y a quelques années, par M. Larrey au Val-de-Grâce. La maladie du sein existait dans l'un et l'autre cas chez de vieux militaires et offrait la forme squirrheuse, sans apparence de ramollissement encéphaloïde. L'un des malades, ayant été réformé, fut perdu de vue; l'autre, c'était un sous-officier vétéran, ne se trouvait pas opérable, en raison de la diathèse cancéreuse qui s'était localisée sur d'autres points, notamment sur le rectum.

M. Larrey se demande si la fréquence des engorgements du sein chez la femme, indépendamment des causes qui lui sont propres, ne procède pas souvent aussi des causes toutes mécaniques pour parvenir, dans des conditions de diathèse, à la dégénérescence cancéreuse.

M. Deguise, revenant sur les antécédents de son malade, dit

que ce dernier herborise et qu'il porte souvent la hotte; il se demande jusqu'à quel point la compression de la bretelle ne serait point la cause du mal qui a nécessité une opération.

M. Denonvilliers émet quelques doutes relativement à la nature encéphaloïde de la tumeur, il voudrait qu'un examen microscopique de celle-ci fût fait avant la prochaine séance.

Tumeur développée dans la région de l'oreille.

M. Huguier présente une jeune fille âgée de 18 ans, portant une tumeur demi-fluctuante, mal circonstrite et entourant le conduit auditif, dans lequel elle pénètre de manière à le rendre en quelque sorte imperméable ; le conduit auditif et le pavillon semblent détachés ; à la région auriculaire il n'y a point de changement de coloration à la peau. M. Huguier pense que cette tumeur est lipomateuse. Il ne peut admettre avec plusieurs de ses collègues que cette tumeur soit vasculaire, elle ne présente aucune anomalie de coloration, par l'inspiration ni par l'expiration. S'arrêtant à l'idée d'un lipome mal circonscrit, M. Huguier pense à une opération, à une ablation partielle de la tumeur.

M. Vidal fait remarquer que la malade porte uu empâtement de la joue, n'y aurait-il pas, dans ce cas, un oreillon passé en quelque sorte à l'état chronique? Cette tumeur, ajoute de plus M. Vidal, présente quelque analogie avec l'hypertrophie parotidienne, dont Boyer a rapporté deux observations.

M. Huguier rejette l'opinion de M. Vidal, se fondant sur les caractères de la tumeur, qui est molle, flasque, tandis que l'hypertrophie de la parotide serait plus dure, plus résistante que ne l'est la tumeur en question ; on constaterait d'ailleurs les lobules de la parotide, et ici, il faut le dire, nous n'avons rien de tout cela : pour M. Huguier, la tumeur que porte sa malade a quelque chose d'analogue à ce que l'on trouve dans certaines ablations des nymphes et du clitoris.

M. Vidal. Les raisons que donne M. Huguier ne peuvent pas changer ma manière de voir; il insiste en effet sur la mar-

che de la tumeur comparée à la dureté que devrait présenter l'hypertrophie de la parotide. Mais cette hypertrophie, décrite par Boyer, a précisément les mêmes caractères que la tumeur qui fait l'objet de cette discussion.

M. Michon fait observer que sur la malade de M. Huguier tout le conduit auditif est envahi par la tumeur, qu'il est en partie oblitéré, mou à la pression. Or l'admission de l'hypertrophie de la parotide ne peut point rendre compte de ce fait.

M. Larrey exprime une opinion différente de celles qui viennent d'être émises. Il pense qu'il s'agit ici d'une infiltration séreuse, diffuse, mal circonscrite, entourant le conduit auditif qui se trouve relâché, distendu ou extensible, et constituant une sorte d'œdème ou d'éléphantiasis séreux. Et ce n'est pas seulement d'après l'état local que cette affection peut être considérée ainsi, c'est encore d'après l'état général de la malade. On remarque en effet chez cette jeune fille l'ensemble des signes qui caractérisent le tempérament lymphatique le plus manifeste, joint à une bouffissure sensible de la face et à un gonflement fluxionnaire de la joue, qui semble se confondre avec la tuméfaction ou la tumeur particulière.

En conséquence, M. Larrey ne pense pas qu'il y ait lieu de tenter une extirpation, dont les limites ne sauraient être définies.

M. Nélaton a eu occasion de disséquer deux tumeurs semblables à celles que porte la malade de M. Huguier. Ces deux tumeurs étaient formées par un tissu cellulaire filamenteux, dont les filaments entre-croisés allaient se perdre dans des parties voisines, se continuant d'ailleurs avec les parties profondes du derme. Il ne doute pas que la tumeur qui est l'occasion de cette discussion ne soit aussi formée par les éléments profonds du derme ramifié, et contenant dans leurs mailles du tissu cellulaire plus ténu.

M. Forget dit qu'en examinant la malade de M. Huguier, il a été frappé de l'étendue de la tumeur, de l'absence d'une

délimitation précise, et par conséquent de l'impossibilité de dire où commence le tissu malade et où il finit. Comment dès lors proposer une opération? où commencera-t-elle? où finira-t-elle? Ces deux questions doivent-être résolues avant qu'une opération puisse être tentée. Les faits d'anatomie pathologique rapportés par M. Nélaton sont confirmatifs de cette manière de voir.

M. Huguier se propose tout d'abord de faire une incision exploratrice; si la tumeur, comme il pense, est un lipome, il en enlèvera une partie, et laissera à la suppuration le soin de fondre le reste. Il ne croit pas que l'extirpation complète puisse être tentée.

M. Marjolin désirerait que la malade de M. Huguier fût soumise à un traitement général et local continué pendant longtemps, la tumeur ayant été longue à se développer; il ne comprendrait pas que la tumeur pût être enlevée complétement, vu la profondeur à laquelle elle pénètre; d'un autre côté, il rejette, dans le cas même où la tumeur serait de nature graisseuse, l'ablation partielle. Il a vu deux malades portant, l'un un lipome dans la région thoracique, et l'autre dans la région anale; l'ablation partielle de ces deux tumeurs n'a point entraîné la fonte purulente de la partie restante; bien loin de là, celle-ci s'est accrue. D'une manière absolue, M. Marjolin ne croit pas que l'on doive chercher à enlever une tumeur sans être bien fixé sur les limites de celle-ci; il cite à cette occasion un fait dont il a été témoin. L'opérateur était Blandin, dont personne ne mettra en doute l'habileté; eh bien! ce chirurgien ne put enlever complétement une tumeur lipomateuse développée dans la région sus-hyoïdienne, à cause du prolongement considérable qu'elle envoyait entre les muscles de la langue. Il craint que, dans le cas actuel, M. Huguier se trouve dans la même nécessité d'abandonner une opération inachevée, sans avoir l'espérance que la suppuration puisse faire disparaître le reste de la tumeur.

Testicule passant par le canal inguinal et s'arrêtant dans la région crurale.

M. Chassaignac a été consulté, il y a quelque temps, par un jeune homme de 18 à 19 ans : il porte un bandage inguinal herniaire. Voici ce que l'examen fait constater : Le testicule droit sort comme d'habitude du canal inguinal ; mais, au lieu de descendre dans les bourses, il contourne le pilier inférieur du canal inguinal et vient se rendre dans la région crurale. On peut réduire le testicule dans la cavité abdominale ; mais, au moindre effort, il ressort et suit toujours le même trajet, c'est-à-dire qu'il retourne à la région inférieure du pli de l'aîne, au lieu de suivre la voie du cordon testiculaire. M. Chassaignac se demande si le bandage herniaire que porte ce jeune homme depuis quelque temps n'aurait pas détruit la voie par laquelle descend le testicule ? Pour tâcher de ramener cet organe à sa position normale, M. Chassaignac a fait porter un bandage propre à la hernie crurale ; la pelote de ce bandage viendra remplir la petite excavation occupée par le testicule, et empêchera ce dernier d'occuper son ancienne place. Notre collègue espère que, de la sorte, le testicule, par son poids et par les efforts du malade, qui tendront naturellement à le déplacer, descendra dans la région des bourses.

Il cite de plus l'observation d'un jeune homme qu'il eut l'année dernière dans son service pendant un temps assez considérable, et dont le testicule s'arrêtait à l'anneau externe du canal inguinal. Il pense que, dans cette circonstance, le testicule était adhérent ou à l'épiploon ou à l'intestin, et pour vaincre cette adhérence il appliqua pendant plusieurs mois une ventouse chaque matin à l'orifice du canal inguinal ; le vide fut fait, et, nonobstant tous ces efforts, le testicule resta toujours dans la même position.

Le vice-secrétaire, Demarquay.